

LA

PRESSE MÉDICALE

Paraissant le Mercredi et le Samedi

ABONNEMENTS :

aris et Départements. 7 fr.
 étranger. 10 fr.
 Les abonnements partent du commencement de chaque mois.

ADMINISTRATION :

GEORGES CARRÉ, ÉDITEUR
 3, RUE RACINE, Paris

DIRECTION SCIENTIFIQUE

F. BRUN

Professeur agrégé,
 Chirurgien de l'hôp. des Enfants.

L. LANDOUZY

Professeur de thérapeutique,
 Médecin de l'hôpital Laënnec,
 Membre de l'Acad. de médecine.

H. ROGER

Professeur agrégé,
 Méd. de l'hôpital d'Aubervilliers

E. BONNAIRE

Professeur agrégé,
 Accoucheur des hôpitaux.

M. LETULLE

Professeur agrégé,
 Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

L. OLIVIER

Docteur ès sciences.

DE LAVARENNE

Médecin des Eaux de Luchon.

M. LERMOYER

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Tout ce qui concerne la Rédaction
 doit être adressé à

M. LE D^r DE LAVARENNE

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Les communications verbales sont
 reçues les lundi et vendredi

De 4 à 6 heures

3, RUE RACINE, Paris

SOMMAIRE

LE MÉNINGISME, par M. R. ROMME. 201

ANALYSES

Médecine : A propos de la pathogénie de la cirrhose

hypertrophique biliaire, par M. POTAIN. 204

Chirurgie : Traitement mécanique ou méthode non san-

glante de la luxation congénitale de la hanche, par

M. E. KIRMISSON. 204

Maladies des enfants : Le vésicatoire chez les en-

fants, M. J. COMBY. 204

Thérapeutique et Matière médicale : Traitement

des ulcères variqueux, par M. BEKAREWITSCH. 204

Situation des médecins sanitaires, par M. GAULIN. CLXIV

La médication thyroïdienne au Congrès de

Wiesbaden. CLXV

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société de chirurgie : Traitement de la luxation con-

génitale de la hanche, M. KIRMISSON. MM. QUÉNU, FÉ-

LIZET, BROCA, KIRMISSON. — Laryngotomie inter-crico-

thyroïdienne, M. L.-G. RICHELOT. MM. DELORME,

TUFFIER, POIRIER, POZZI, FÉLIZET, QUÉNU, RICHELOT, —

Kyste dermoïde du plancher de la bouche, M. PRÉQUE.

— Actinomycose de la joue, M. THIÉRY. CLXVI

Société médicale des hôpitaux : Cancer de l'ampoule

de Water, M. HANOT. M. RENDU. — Diphthérie légère,

tubage, injections de sérum, mort avec hyperthermie

inexplicable, M. VARIOT. M. SEVESTRE. — Anacrotisme

du poulx, M. POTAIN. CLXVII

Société anatomique : Linité plastique, M. DE GUY.

— Endocardite infectieuse, M. DE GUY. — Actinomy-

cose, M. THIÉRY. M. BEZANÇON. — Compression de la

tibia antérieure par fracture du péroné, M. VOZZELLE.

— Tuberculose diffuse, M. GOUGET. — Diverticules

multiples du gros intestin, M. G. DURANTE. — Poche

calculuse du canal cystique, M. G. DURANTE. — Un cas

d'hémimélie, MM. CHAILLOUS et DESFOSSES. — Malfor-

mations congénitales, M. RUDAUX. — Appendicite, M.

BAUDOUIN. — Fibro-myome de l'utérus, MM. MARIEN et

LEGUER. CLXVII

Société de thérapeutique. CLXVIII

Société de médecine publique et d'hygiène pro-

fessionnelle : Travail industriel des femmes avant et

après leurs couches, M. PINARD. — Appareil de cabinets

d'aisance pour ateliers, M. MAMY. — Otite chez les en-

fants du premier âge, M. MARTHA. CLXVIII

Société française d'électrothérapie : Note sur un

cas d'impuissance virile traité par l'électricité, M. APO-

TOL. — Présentation d'instruments, M. GAFFE. CLXVIII

Société obstétricale de France (suite et fin) : Re-

cherches expérimentales à propos de l'ischio-pubiotomie,

M. BUDIN. — Opération césarienne chez une femme ra-

chitique à bassin vicie à forme double oblique ovulaire,

M. MAYGRIER. — Sur les bruits de souffle d'origine

fœtale, M. FOCHIER. — Des injections intra-veineuses de

sérum artificiel à doses massives dans l'anémie suraiguë

consécutives aux hémorragies puerpérales, M. MAY-

GRIER. — De l'aération des couveuses par une prise

d'air extérieure, M. FOCHIER. MM. BUDIN, HERGOTT. —
 Rupture des symphyse pendant l'accouchement, M.
 CHAVALX. — Les syncopes et les lipothymies de la gros-
 sesse et de la délivrance, M. STAPFER. — Fièvre puerpé-
 rale et sérothérapie, M. CHARPENTIER. M. DUBRISAT. —
 MM. BAR et TISSIER. MM. BUI, BOISSARD, BAR, BUDIN.
 — Nouveaux résultats de la palpation de l'épaule,
 M. FAURE. — Un cas d'éclampsie grave avec un coma
 prolongé, compliquée d'hémiplegie grave. Guérison,
 M. SCHWAB. — De la dilatation artificielle du col à la fin
 de la grossesse et pendant l'accouchement, M. FOCHIER.
 MM. BOISSARD, DEMELIN. — Troubles survenant chez des
 nourrices. Retentissement immédiat sur leur nourrisson,
 M. BUDIN. CLXVIII

FACULTÉ DE MÉDECINE

Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — M. Du-
 play a repris son cours de clinique chirurgicale le mardi
 21 Avril, à 9 heures 1/2, et le continue les mardi et ven-
 dredi suivants, à la même heure.

Enseignement complémentaire. — M. CAZIN, chef de
 clinique, dirigera des exercices de clinique chirurgicale
 le vendredi à 5 heures 1/2, et M. CLADO, chef des tra-
 vaux gynécologiques, fera des conférences de gynéco-
 logie le lundi et le mercredi, à 5 heures.

HOPITAUX

Concours des Hôpitaux (Médecine). — 2^e épreuve.
 Ont obtenu :

Séance du 22 Avril.

MM.	Not.	Tot.	MM.	Not.	Tot.
Jacquet.	18	— 36	Bruhl.	17	— 34
Soupault.	18	— 36	Sallard.	17	— 34

Concours public pour la nomination à trois
 places de médecin. — Ce concours sera ouvert le
 vendredi 22 Mai 1896, à midi, à l'Administration centrale,
 avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir
 se feront inscrire au secrétariat général de l'administra-
 tion de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et
 y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le
 samedi 25 Avril 1896, et sera clos définitivement le ven-
 dredi 8 Mai, à trois heures.

Concours public pour la nomination à deux
 places de chirurgien. — Ce concours sera ouvert le
 samedi 30 Mai 1896, à midi, à l'Administration centrale,
 avenue Victoria, 3.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront
 inscrire au secrétariat général de l'administration de
 l'assistance publique, de midi à trois heures, et y dépo-
 seront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le
 vendredi 1^{er} Mai, et sera clos définitivement le vendredi
 15 du même mois, à trois heures.

Concours pour les prix à décerner à MM. les
 élèves internes en pharmacie. — Le concours annuel
 pour les prix à décerner aux élèves internes en phar-

macie des hôpitaux et hospices sera ouvert le jeudi
 28 Mai 1896, à midi précis, dans l'amphithéâtre de l'admini-
 stration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victo-
 ria, 3.

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des
 dispositions du règlement sur le service de santé, tous
 les internes en pharmacie des hôpitaux et des hospices
 sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secré-
 tariat général de l'administration, de onze heures à trois
 heures, du lundi 27 Avril au lundi 11 Mai inclusivement.

NOUVELLES

Société de chirurgie. — Séance du 6 Mai. —
 Discussion de la communication de M. Tuffier sur la
 cholélithiase biliaire. — Rapport sur un cas de cholédo-
 cotomie, par M. Lejars (M. Michaux, rapporteur). —
 Luxation traumatique de la hanche, par M. Delorme.

Société médico-chirurgicale. — Séance du lundi
 27 Avril 1896 : Lecture du procès-verbal et de la corres-
 pondance. — M. Longbois (de Joigny), Cirrhose du foie
 avec ascite; hernie ombilicale étranglée; laparotomie;
 disparition de l'ascite pendant deux ans. — M. Nicot-
 Christoyanaki, Aménorrhée primitive; sténose congénitale
 du col; dilatation; apparition des règles. — M. E. Bloch.
 Un cas mortel de fièvre hémoglobinurique bilieuse chez
 un paludéen, cinq mois après son retour de Madagascar.

Cours libre de minéralogie biologique (appli-
 cations à la physiologie et à la pathologie). —
 M. GAUBE commencera le cours le jeudi 30 Avril, à
 4 heures, amphithéâtre Cruveilhier (Ecole pratique de
 la Faculté de médecine) et le continuera les mardis et
 jeudis suivants à la même heure.

SITUATION DES MÉDECINS SANITAIRES

Ainsi que le signale très justement M. Langlois¹,
 le décret du 21 Janvier 1896 s'est occupé des devoirs
 qui incombent aux médecins sanitaires, de leur res-
 ponsabilité, mais il a totalement négligé leurs droits
 et leurs intérêts.

Une question non moins importante et complexe
 est celle de leur indépendance.

Faire du médecin sanitaire un agent de l'État, au
 même titre que l'agent des postes, n'est pas résoudre
 le problème. En effet, l'agent des postes sert à
 bord l'administration dont il fait partie; c'est elle
 qui lui a donné cette place, qui l'y maintient, qui
 approuve ou blâme ses actes, suivant le cas.

Le médecin rend des services directs aux Compa-
 gnies maritimes. Il soigne l'équipage, surveille le
 service hygiénique du bord, fait la prophylaxie des
 maladies contagieuses. Pour cela, il a droit à une
 rétribution pécuniaire de la Compagnie; il ne serait
 pas juste que cette charge incombe à l'État.

L'État impose aux médecins de passer un concours
 prouvant qu'ils ont des capacités suffisantes pour

1. LANGLOIS. — « Les médecins sanitaires et le Décret du
 21 Janvier 1896. » Presse médicale du 11 Avril 1896.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DÉSINFECTION

A DOMICILE

PAR LES VAPEURS D'ALDÉHYDE FORMIQUE
 (Synonyme Formol)

SEULE CONCESSIONNAIRE

DES APPAREILS ET PROCÉDÉS TRILLAT

DÉPOSÉS ET BREVETÉS DANS TOUS PAYS

DIRECTION & BUREAUX :

21, rue Godot-de-Mauroi, Paris

S'y adresser pour recevoir notice et tous renseignements

Glycérophosphate de chaux Freyssinge.

VICHY-CÉLESTINS

POUGUES ST-LÉGER

Souverain antidote
des maladies de l'estomac.

HAMAMELINE-ROYA : Tonique vasculaire.

BORICINE MEISSONNIER Antisepsie des muqueuses.

RUBINAT SOURCE LLORACH
Le meilleur purgatif naturel.Phospho-Glyco-
Glycérophosphate
de fer et Manganèse

FER CHEYNET

OBJETS DE PANSEMENT DESNOIX

VIN GLYCOPHOSPHATÉ LANGLEBERT

assurer la sécurité de ses ports; aussi, est-ce aux médecins que l'on doit la suppression, encore incomplète, il est vrai, des quarantaines onéreuses et vexatoires pour tous. Dans ces conditions, le médecin est responsable envers l'Etat et doit, au nom de l'intérêt public, léser parfois l'intérêt particulier des Compagnies qui le payent et lui en sauront toujours mauvais gré. A ce point de vue, l'Etat doit une protection morale, sinon une redevance matérielle aux médecins sanitaires. Il serait bon que, par des appointements même minimes, il en fasse des fonctionnaires que la Compagnie ne puisse blâmer ou remercier sans motifs sérieux et qui soient soumis à l'appréciation de l'Etat. Il en est déjà ainsi pour les médecins de la marine de guerre qui assurent le service médical sur certains paquebots de la Compagnie générale transatlantique.

Il est un autre point sur lequel nous tenons à insister. M. Langlois, établissant une comparaison entre les appointements des officiers composant l'état-major d'un paquebot, fait remarquer très justement que ce sont les médecins qui touchent la somme la plus minime. Ajoutons que le chiffre pris par M. Langlois (4.800 francs par an) est le traitement le plus élevé, alloué par la Compagnie française qui paye le mieux le médecin. Ce chiffre n'est atteint, d'ailleurs, qu'après plusieurs années de service.

Un article du règlement des Compagnies françaises dit: « Le médecin doit gratuitement ses soins à toute personne embarquée, à quelque titre que ce soit ». Que l'on exige des soins gratuits du médecin pour le personnel de la Compagnie et pour les émigrants ou autres passagers dénués de ressources, il n'y a là rien que de très naturel. Si, par suite d'un accident arrivé à bord et dont la Compagnie est plus ou moins responsable (chute par temps de roulis, etc.), un passager riche a besoin du médecin et ne le paye pas, c'est encore admissible. Mais lorsque, et le cas se présente souvent, un passager vient consulter le médecin pour une maladie ancienne, ou pour une maladie se déclarant à bord, sans que l'on puisse incriminer l'influence du milieu, il est juste qu'il paye le médecin, comme il le ferait s'il était à terre. Il arrive, par exemple, au médecin du bord, de pratiquer l'accouchement de femmes embarquées au terme de leur grossesse, de soigner pendant toute la traversée la mère et l'enfant, sans avoir d'autre récompense que des remerciements. Il ne les reçoit même pas toujours et voit les malades, pour lesquels il s'est donné beaucoup de peine, oublier parfois de le saluer en quittant le paquebot!

Les Compagnies françaises usent du service médical gratuit comme d'une réclame, car, sur beaucoup de paquebots rivaux, Anglais notamment, ce service est payant.

Il y aurait encore bien d'autres modifications à faire accepter: le local, l'arsenal chirurgical et thérapeutique mis à la disposition du médecin sont insuffisants. Aussi, souhaitons-nous de voir se créer un Syndicat de médecins sanitaires qui puisse formuler hautement leurs justes revendications. Que l'Etat veuille bien, en outre, leur donner l'appui moral qu'il accorde aux agents des postes, et ils auront quelque chance d'améliorer leur situation en tous points digne d'intérêt.

D^r M. GAULIN (d'Orléans),
Ex-médecin sanitaire.

AU CONGRÈS DE WIESBADEN

LA MÉDICATION THYROIDIENNE

La médication thyroïdienne, la seconde question à l'ordre du jour du Congrès, question d'actualité qui, à juste titre, intéresse tous les médecins, a été fort bien exposée plutôt que discutée à Wiesbaden. Les deux rapporteurs, M. EWALD (de Berlin) pour la partie médicale, et M. BRUNS (de Tubingue) pour la partie chirurgicale, ont assez complètement résumé ce que l'on sait de la médication thyroïdienne, ce qu'elle a donné et ce qu'on peut attendre d'elle. Le reproche qu'on peut adresser à M. Ewald, c'est la partialité manifeste avec laquelle il a rédigé l'historique de la question. Dans une question de ce genre, le nom de M. Brown-Sequard devait figurer en toutes lettres: il n'y figure pas, et cette proscription, ou plutôt ce parti pris d'ignorer, s'étend à tout ce qui a été dit et fait en France. On ne peut non

plus admettre avec M. Ewald, que la médication thyroïdienne est une découverte anglo-allemande, comme il l'a dit, et comme semblerait le prouver l'historique qu'il a fait de la question. En effet, pour M. Ewald, les principales phases successives de la médication thyroïdienne se résument dans quatre noms: dans celui de Schiff, qui a montré que chez les animaux thyroïdectomisés la greffe intra-péritonéale ou sous-cutanée d'une glande thyroïde d'un autre animal empêche l'éclosion du myxœdème; dans ceux de Horsley et de Birmer qui, les premiers, ont utilisé cette donnée expérimentale en s'adressant à la médication thyroïdienne chez l'homme; dans celui de Baumann qui vient de découvrir la substance active de la glande, la thyroïdine.

Ce tribut payé à l'histoire, M. Ewald entre dans le cœur de la question pour développer l'idée suivante: la glande thyroïde est essentiellement, par sa sécrétion, un régulateur de premier ordre des échanges interstitiels, des processus d'assimilation et de désassimilation; l'absence de cette sécrétion provoque une série de troubles, qu'on peut faire disparaître en incorporant dans l'organisme ainsi troublé les produits de sécrétion thyroïdienne qui lui font défaut.

Pour comprendre le mode d'action de la médication thyroïdienne, il faut, d'après M. Ewald, envisager la fonction physiologique de la glande thyroïde.

Or, on admet actuellement que la glande thyroïde sécrète une substance particulière qui passe continuellement, par très petites quantités, dans la circulation et détruit ou neutralise certains poisons que nous ne connaissons pas encore, mais dont l'existence est révélée par l'apparition du syndrome myxœdémateux, après la thyroïdectomie ou en cas d'absence congénitale ou d'abolition fonctionnelle de la glande thyroïde. Cette substance, formée dans la glande, agit comme une antitoxine sur les toxines qui se forment parmi les produits de désassimilation. Si la sécrétion antitoxique vient à manquer, les toxines s'accumulent dans l'organisme et ralentissent les échanges interstitiels; si, par contre, la substance antitoxique est sécrétée en trop grande quantité, au delà de ce qu'il en faut pour neutraliser les toxines, ou si ces substances antitoxiques sont artificiellement incorporées dans l'organisme, un phénomène inverse se produit: les échanges interstitiels deviennent plus intenses, plus vifs, la désassimilation des tissus s'accroît et devient à son tour pathologique. Ces deux ordres de phénomènes, qui résultent de faits cliniques et expérimentaux dûment constatés, doivent donc porter à envisager la glande thyroïde et ses produits de sécrétion comme un régulateur de premier ordre des phénomènes de nutrition intime, d'échanges interstitiels, d'assimilation et de désassimilation organique.

Ce rôle physiologique de la glande thyroïdienne et de ses sécrétions permet seul de comprendre les phénomènes qui se produisent sous l'influence de la médication thyroïdienne chez l'homme ou chez les animaux mis en expériences. Pour plus de clarté, M. Ewald distingue dans ces phénomènes deux ordres de faits: les uns objectifs touchant aux échanges interstitiels qui sont accélérés, accrus; les autres subjectifs, allant du simple malaise aux phénomènes graves du thyroïdisme, et dépendant très étroitement des premiers. Ce qui, d'après M. Ewald, prouve suffisamment cette relation, c'est que certains phénomènes du thyroïdisme, comme l'anorexie, les nausées, la soif, l'insomnie, l'abattement, les vertiges, les douleurs lombaires, les palpitations avec fréquence de pouls, l'oppression, etc., s'observent également et d'une façon plus ou moins nette dans tous les états caractérisés par une modification brusque des échanges interstitiels, notamment par une combustion intense, une fonte rapide des tissus adipeux et des substances albuminoïdes.

Depuis la découverte de la thyroïdine, c'est-à-dire depuis que l'existence dans la glande thyroïde d'une combinaison iodée a été mise hors de doute, on a cru pouvoir attribuer les phénomènes objectifs, et les symptômes cliniques, à une sorte d'intoxication par l'iode. M. Ewald n'admet pas cette interprétation des faits, car, d'après lui, même avec la médication thyroïdienne interne, le malade ne prend pas par jour plus d'un tiers de milligramme d'iode. Il pense plutôt, que si une partie des phénomènes objectifs peut être mise sur le compte de l'accrois-

sement excessif des phénomènes de désassimilation, de la fonte des tissus adipeux et albuminoïdes, on ne peut guère rejeter l'idée d'une action directe sur les centres nerveux. D'un autre côté, certains troubles accessoires, comme les érythèmes, l'urticaire, la salivation, la céphalée, le tremblement, etc., que l'on a notés dans le thyroïdisme aigu, paraissent se rattacher à l'action de quelque principe toxique contenu accidentellement dans les diverses préparations thyroïdiennes. Ainsi, dans les tablettes anglaises, qui déterminent chez les souris et les lapins des désordres beaucoup plus accusés que les préparations de glande fraîche, on a trouvé des bactéries offrant la plus grande ressemblance avec les bacilles de l'œdème malin.

Si, au début, l'emploi thérapeutique de la glande thyroïde était en grande partie empirique, aujourd'hui, la médication thyroïdienne est basée sur l'idée qu'on s'est faite de l'action physiologique de la glande et de ses sécrétions.

C'est ainsi que, très rationnellement, et presque dès le début, la médication thyroïdienne a été essayée dans le myxœdème. C'est, en effet, dans cette affection, que la médication thyroïdienne réussit le mieux et le plus rapidement, sans que, toutefois, le traitement puisse être réglé d'une façon exacte dans tous les cas. En effet, les doses, la rapidité d'action, le degré d'amélioration, la durée des effets obtenus varient, non seulement d'un individu à l'autre, mais encore chez le même individu. La récurrence est la règle, quand le traitement est interrompu pendant longtemps; mais, il suffit de le reprendre aussitôt qu'apparaissent les premiers signes de la récurrence (tuméfaction de la face, pesanté dans les membres, malaise), pour les voir disparaître et les résultats obtenus antérieurement se maintenir.

Il en est de même du crétinisme sporadique qui, d'après M. Ewald, mériterait le nom de myxœdème infantile où l'amélioration que l'on obtient est d'autant plus remarquable qu'il s'agit là des états congénitaux.

Une autre affection, où le traitement thyroïdien a été employé sur une grande échelle, souvent avec succès, est l'obésité, et telle est, à l'heure actuelle, la vogue de ce traitement, que bon nombre d'obèses se soignent par les tablettes en dehors de tout conseil de médecin, et s'exposent ainsi aux accidents graves de thyroïdisme, quelquefois mortels. D'une façon générale, 3 à 5 tablettes par jour suffisent pour amener en six semaines une perte de poids de 10 kilogrammes et ceci, sans régime particulier. Mais ce qu'il y a de particulier et de difficile à s'expliquer, c'est que la médication thyroïdienne échoue quelquefois dans deux groupes d'obèses: chez ceux dont l'obésité relève d'une alimentation vicieuse, et chez ceux dont l'obésité se développe malgré un régime alimentaire des plus sévères. Cette tenacité inexplicable, avec laquelle l'organisme conserve et fixe la graisse, s'observe encore chez des sujets succombant à l'anémie pernicieuse, où la graisse demeure abondante malgré l'insuffisance extrême de l'alimentation.

En Amérique et en Angleterre, on a encore essayé le traitement thyroïdien dans certaines dermatoses, comme le psoriasis, l'ichtyose, la sclérodémie, la xérodémie, le lupus, etc., en s'appuyant principalement sur les modifications qui surviennent du côté de la peau chez les myxœdémateux soumis au traitement thyroïdien. Ces essais furent répétés dans d'autres pays, et l'opinion générale est qu'il faut se montrer très prudent dans l'appréciation des résultats, surtout des succès signalés par quelques auteurs enthousiastes du traitement.

Il en est de même des faits relatifs à la médication thyroïdienne dans la tétanie, l'épilepsie, les psychoses, l'acromégalie, la maladie de Basedow; dans cette dernière, M. Ewald n'a eu personnellement que des insuccès.

Si le rapport de M. Ewald, où se trouvent envisagées un grand nombre d'affections d'origine diverse, et d'une étiologie obscure, se tient forcément à des généralités, celui de M. Bruns, sur le traitement thyroïdien dans le goitre, nous donne un aperçu très clair et très net de ce point spécial. L'idée d'essayer ce traitement, dans une affection caractérisée par l'hypertrophie de la glande, est, en apparence, paradoxale, mais M. Bruns y a été amené après avoir constaté les bons effets de la médication thyroïdienne, dans un cas de crétinisme sporadique avec goitre.

actuellement, il possède 350 cas de goîtres, en dehors du goitre exophtalmique et du goitre kystique, traités par la thyroïdine et les diverses préparations thyroïdiennes : les résultats sont des plus encourageants, du moins pour ce qui est du goitre simple, hyperplasique. Cette conclusion est tirée de l'étude de faits personnels à l'auteur.

Le plus grand nombre de goîtres sont passibles du traitement thyroïdien, et l'échec complet de la médication n'est noté que dans un quart des cas. La guérison complète avec régression absolue de la tumeur, s'obtient dans 8 pour 100 des cas; dans un tiers des cas, on arrive à une diminution considérable, frappante, de la tumeur; dans un autre tiers, à une diminution très appréciable. Au point de vue des résultats que donne la médication thyroïdienne, l'âge est un facteur de premier ordre, en ce sens que les succès sont indéfiniment plus nombreux et plus complets chez les enfants que chez les adultes, chez les adultes que chez les individus d'un âge mûr ou les vieillards.

Quand la médication agit, ses effets se manifestent déjà au bout de quatre à six jours, par une diminution du volume du cou, et par l'aisance de la respiration; au bout de quinze jours, dans 60 pour 100 des cas, au bout de trois à quatre semaines dans 40 pour 100 des cas, la régression de la tumeur est ordinairement complète.

En dehors du goitre exophtalmique et du goitre kystique, la médication thyroïdienne donne des résultats dans les autres formes de goitre, mais son véritable triomphe, là où elle agit d'une façon presque spécifique, est le goitre hyperplasique simple.

Toutefois, si les tissus hyperplasiés reviennent à l'état normal, il est rare qu'il ne reste pas dans la glande quelques petits foyers d'hyperplasie, qui sont le point de départ de la récurrence. En effet, en suivant ses malades, M. Bruns a pu constater que, dans 75 pour 100 des cas, la récurrence était constatée au bout de un à quatre mois après la cessation du traitement. Mais cette récurrence est facile à prévenir, si les malades se remettent de temps en temps au traitement. Quant au mode d'action du traitement thyroïdien, M. Bruns a pu constater, par l'examen de la glande, chez 14 chiens goitreux, que sous l'influence de la thyroïdisation, le goitre se transforme en tissu glandulaire plus ou moins normal dont les follicules se remplissent de matière colloïde.

En tous les cas, le point sur lequel M. Bruns tient à insister d'une façon particulière, ce sont les effets merveilleux que donne le traitement thyroïdien dans le goitre hyperplasique simple.

Le résumé un peu schématisé des deux rapports que nous venons de donner montre que si pour le goitre la question est jugée, il n'en est nullement ainsi des affections étudiées par M. Ewald, qui a fort bien résumé l'état actuel de nos connaissances sur la thérapeutique thyroïdienne, en disant que nous avons dans la médication thyroïdienne un agent thérapeutique très puissant, et non moins mystérieux. Le mystère, on le trouve à chaque tournant de la question, et ceci, malgré l'hypothèse de la sécrétion interne, qui, en somme, ne fait que masquer notre ignorance, ou cacher notre empirisme. En effet, pour chaque affection, à côté des succès, on trouve un nombre respectable d'insuccès; chez le même malade, les doses actives deviennent inertes ou toxiques, et les doses, toxiques pour les uns, sont curatives ou inertes pour les autres; chez les uns, un traitement thyroïdien prudent amène une fonte effrayante des tissus adipeux et albuminoïdes; chez d'autres, on arrive à des doses hypertoxiques, sans provoquer la moindre modification dans les échanges interstitiels.

Tout est donc encore mystère, ou, si l'on aime mieux, incertitude, et la discussion qui suivit la lecture de ces deux rapports, l'a bien montré.

Ainsi, M. Ewald n'a observé que très exceptionnellement la glycosurie, au cours du traitement thyroïdien; par contre, M. von Noorden l'a trouvée souvent, et M. Rosenfeld, jamais. Ajoutons que, d'après les expériences très précises de M. Minakowsky, il n'existerait aucun rapport, aucune relation, entre les fonctions de la glande thyroïde et la glycogénie ou le diabète expérimental, et, pourtant, M. Blachstein a eu de bons résultats chez les diabétiques avec le traitement thyroïdien.

Même unanimité au sujet de la tétanie : M. Gott-

stein a obtenu des améliorations; M. Breisach, des guérisons, et M. Schultze une aggravation extrême avec des attaques épileptiformes, etc., etc.

R. ROMME.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

22 Avril 1896.

Traitement de la luxation congénitale de la hanche. — M. Kirmisson. Dans ma communication de la dernière séance, j'ai surtout essayé de prouver, en me basant sur les observations publiées jusqu'à ce jour, que le traitement opératoire de la luxation congénitale ne devait pas être indifféremment appliqué à tous les cas, et qu'il reconnaissait des indications spéciales. Je vous présente, aujourd'hui, un enfant atteint de luxation congénitale très prononcée, et qui, néanmoins, marche longtemps et sans fatigue. Ce fait prouve, une fois de plus, qu'il n'y a pas de rapport à établir entre la difformité et l'état fonctionnel du membre.

M. Quénu. Je ne suis intervenu que deux fois, pour des luxations congénitales de la hanche, mais j'ai vu un grand nombre d'enfants atteints de cette difformité. Comme M. Kirmisson, je pense que l'opération sanglante doit être réservée à des cas graves et spéciaux. Ordinairement, le traitement orthopédique suffit.

J'ai pratiqué mes deux opérations sur une même enfant, atteinte de luxation congénitale double, avec ensellure lombaire considérable. Cette petite malade ayant été vainement traitée par les moyens orthopédiques, je l'opérai.

Je pratiquai d'abord l'opération type de Hoffa sur un côté. Je ne pus abaisser la tête fémorale que je décapitai. La guérison survint sans encombre.

L'année suivante, j'opérai la seconde luxation; cette fois, je désinsérai non les muscles pelvitrochantériens, mais les adducteurs. Je ne pus encore abaisser la tête que je décapitai. L'enfant fut ensuite soumise à l'extension continue et la guérison se fit rapidement.

Le résultat fonctionnel est bon et l'ensellure lombaire a notablement diminué.

M. Félizet. Le terme de luxation est essentiellement impropre et, en réalité, il ne s'agit pas de luxation, mais plutôt de malformation, comme le montre l'anatomie pathologique. Aussi, je persiste à croire à la supériorité des moyens orthopédiques.

Jusqu'à présent, nous n'avons pu juger du résultat des opérations sanglantes que par des communications. Je désirerais, pour ma part, voir des malades opérés depuis assez longtemps pour qu'il soit possible de juger des résultats éloignés.

M. Broca. Je n'ai rien à ajouter à ma communication, qui a été le point de départ de la discussion actuelle. Comme M. Kirmisson, j'admets le traitement orthopédique, mais je suis moins enthousiaste que lui. Comme lui, je reconnais que nombre de cas ne doivent pas être opérés. C'est ainsi que sur plus de 200 malades que j'ai observés, je n'ai pratiqué que 37 opérations.

Je vous présente aujourd'hui deux pièces anatomiques qui montrent les résultats éloignés de l'intervention. La première a appartenu à un enfant mort de rougeole six mois après l'opération : elle démontre nettement l'utilité et le bon résultat de l'intervention. La seconde provient d'un enfant mort douze ou treize mois après l'opération. On voit entre la tête et le cotyle une formation osseuse qui m'avait d'ailleurs obligé à pratiquer l'ostéotomie.

Ces pièces démontrent bien qu'il faut refaire un cotyle nouveau à la place de l'ancien; on peut creuser l'os et remettre la tête fémorale à sa situation normale.

Quant aux résultats, ils ne doivent être appréciés qu'après un temps très long.

M. Kirmisson. M. Félizet fait remarquer que la luxation congénitale de la hanche est une malformation. C'est un point que je supposais suffisamment démontré et sur lequel je n'ai pas cru devoir insister.

M. Félizet réclame aussi des résultats, mais à la dernière séance, je me suis efforcé, durant trois quarts d'heure, de donner précisément ces résultats, de compter les morts, de signaler les récurrences, etc. Aussi bien, l'objection de M. Félizet est réfutée d'avance.

Quant à l'opinion de notre collègue sur l'intervention, je la trouve sévère; de ce que les résultats parfaits sont rares, il ne faut pas conclure que les améliorations n'existent pas. C'est pourquoi je n'hésite pas à opérer quand il y a indication.

Relativement au traitement orthopédique, je pratique, comme je le disais l'autre jour, l'extension continue et non la réduction d'emblée sous chloroforme, comme le fait Lorenz. Je ne crois pas celle-ci possible dans la très grande majorité des cas : les lésions sont en effet telles que, physiquement, la tête ne peut rentrer dans le cotyle. Il faut donc se contenter d'une pseudo-réduction, c'est-à-dire de la formation d'une nouvelle cavité aussi près que possible de la situation normale.

Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. — M. L.-G. Richelot. M. Gouguenheim nous a proposé, dans un mémoire lu à la Société de chirurgie, et intitulé : *La Tra-*

chéotomie dans le service laryngologique de l'hôpital Lariboisière, quelques modifications au manuel opératoire de la trachéotomie chez l'adulte : incision de la peau au bistouri, de l'aponévrose cervicale au thermocautère; boutonnière faite à la partie supérieure de cette aponévrose, et passage d'une sonde cannelée pour inciser les parties profondes. Je n'ai pas trouvé, dans le travail de notre collègue, un moyen de rendre sûre et bénigne une opération si souvent entourée d'écueils; et, à mon sens, le seul moyen d'améliorer la trachéotomie chez l'adulte, — il ne s'agit, en ce moment, que de l'adulte, — c'est de l'abandonner tout simplement et d'adopter une opération voisine, qui est là, tout près, facile, expéditive, sans dangers, la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne.

Même chez les tuberculeux et les cancéreux dont les cartilages sont ramollis, fracturés, j'ai toujours vu la canule facilement tolérée. Je n'ai jamais observé d'irritation ni de douleur du côté des cordes vocales; l'arguement tiré de la proximité de la glotte me paraît donc imaginé pour les besoins de la cause.

Je regrette que M. Gouguenheim n'ait pas été convaincu par une opération que j'ai faite, justement sur un de ses malades, le 17 Octobre 1892. Quand j'arrivai, celui-ci était mourant; l'opération dura moins d'une minute, et, il fut ressuscité. La canule tint parfaitement (il s'agissait d'un rétrécissement syphilitique du larynx), et le malade s'en accommoda si bien qu'il retourna avec elle au Chili. Si M. Gouguenheim m'avait vu opérer, je pense qu'il n'aurait plus songé à améliorer la trachéotomie.

Ce qui manque à beaucoup d'auteurs, c'est d'avoir vu faire l'opération comme elle doit être faite, et d'oser la faire simplement. Presque toujours elle est facile et à la portée de tous; et si, parfois, la situation est plus délicate, c'est pour faire ressortir encore mieux ses avantages.

En voici un exemple : Je dus faire cette opération d'urgence, le 5 Août 1894, chez un sculpteur renommé, qui mourait d'un cancer du larynx. Il avait un cou gros et court, au milieu duquel on ne distinguait rien, ni larynx, ni trachée. Le larynx plongeait dans la poitrine à chaque inspiration, et apparaissait seulement au-dessus du sternum pendant l'expiration; la trachée, à plus forte raison, n'était accessible à aucun moment. Le seul point de repère que je pus saisir au passage, fut la saillie du cricoïde. Je fis une courte incision au-dessus d'elle pendant un mouvement ascensionnel du larynx; au mouvement suivant, je piquai la membrane crico-thyroïdienne au vol, pour ainsi dire; et dans un troisième, j'enfonçai la canule, qui fonctionna normalement.

Je ne puis dire que cette opération ait été facile. Néanmoins, elle ne m'a demandé qu'un peu de sang-froid et de précision; comme toujours, la région à traverser était simple, sans organes dangereux. Au contraire, la trachée se dérobait absolument derrière le sternum et les grosses veines; un chirurgien ne sachant pas ouvrir le larynx aurait dû se retirer sans rien faire. Donc, s'il y a des cas où la laryngotomie n'offre pas toute la facilité qui est son mérite ordinaire, dans ces cas, elle est seule possible, et, par suite, elle conserve toute sa supériorité.

Il semble vraiment qu'après toutes nos discussions à la Société de chirurgie, la laryngotomie eût dû être adoptée d'une façon générale. Or, il n'en est rien; c'est toujours de la trachéotomie qu'on parle, c'est elle qu'on pratique à tous les âges. Je trouve donc utile de revenir sur cette question, et de répéter aux praticiens, aux internes de nos hôpitaux, que la trachéotomie chez l'adulte est une opération dangereuse, aléatoire, et que presque toujours, la laryngotomie doit lui être préférée.

Seulement, pour la comprendre et la bien faire, il faut oublier les descriptions des auteurs. Aucun organe, aucun vaisseau n'est à craindre; inutile de placer des écarteurs, de disséquer couche par couche, de regarder ce qu'on fait. Aucun appareil instrumental qu'un bistouri et une canule à bec de Krishaber; aucune installation du malade. Mettez l'ongle de l'index gauche au bord inférieur du thyroïde sur la ligne médiane; soulevez-le pour agrandir l'espace inter-cartilagineux, ou, ce qui revient au même, défléchissez légèrement la tête en ramassant l'oreiller sous la nuque; incision d'un centimètre, un coup de pointe à la membrane, et introduction de la canule. Il faut moins d'une minute pour que tout soit fini.

Une canule de 9 à 10 millimètres, qui va toujours bien dans l'espace membraneux, suffit largement à la respiration. Je l'ai vue fonctionner pendant de longs mois. Je ne reviens pas sur les objections qu'on a faites, et que j'ai réfutées dans un long mémoire, présenté à la Société de chirurgie en 1896.

Je termine en répétant ce que j'ai dit ailleurs : « Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence. » C'est là une vérité à laquelle les médecins n'ont pas fait assez attention, et qu'il me paraît utile de remettre en lumière.

M. Delorme. Depuis que j'ai vu, il y a vingt ans, de Saint-Germain pratiquer la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne, j'y ai toujours eu recours et avec succès. C'est une opération rapide et sûre, et ne déterminant aucun trouble de la voix. Quant au procédé opératoire à employer, celui de Saint-Germain est encore le plus simple.

M. Tuffier. Je partage, sur la facilité et l'utilité de la laryngotomie intercricothyroïdienne, les idées de M. Richelot. Mais, il faut cependant poser quelques contraindications à cette opération. C'est ainsi que, dans les cas de cancer du larynx, la trachéotomie est l'opération de choix parce qu'elle se fait loin du foyer malade, dont la propagation à la plaie est ainsi rendue plus difficile.

M. Poirier. L'espace intercricothyroïdien n'est pas toujours suffisamment développé et, dans mes dissections, je l'ai trouvé rétréci environ 1 fois sur 30 ou 40. C'est surtout chez les vieux qu'il devient trop étroit. En outre, je signale la présence de vaisseaux et d'un ganglion, au-dessous de la membrane intercricothyroïdienne, qui peuvent gêner l'opérateur. Pour ces raisons, je recommande d'opérer lentement, avec des écarteurs et en voyant ce que l'on fait. L'opération n'est pas toujours facile à cause de l'hémorragie et, 1 fois sur 4, j'ai dû tamponner la plaie et n'ouvrir le larynx que le lendemain.

Quant à la laryngotomie de M. de Saint-Germain dont parle M. Delorme, ce n'était pas une laryngotomie intercricothyroïdienne, mais une cricotrachéotomie, ce qui est différent.

M. Pozzi. Avec M. Richelot, je tiens à faire ressortir la supériorité, chez l'adulte, de la laryngotomie intercricothyroïdienne sur la trachéotomie.

J'insisterai aussi sur le point de technique suivant : avant d'inciser la peau, ou aussitôt après son incision, je recommande de fixer le bord inférieur du cartilage thyroïde avec un crochet. L'ouverture de l'espace intercricothyroïdien devient ainsi facile.

La canule doit être très petite, et il est parfaitement inutile d'avoir recours à une grosse canule, comme on le fait souvent. Une fois, je me suis servi, temporairement et d'urgence, d'une simple sonde en gomme n° 20.

En un mot, la laryngotomie intercricothyroïdienne est une opération simple, facile, rapide, que l'on pratiquera de préférence à la trachéotomie, soit à titre définitif, soit à titre temporaire, comme pour certaines opérations sur le pharynx ou la bouche.

M. Félizet. J'ai pratiqué souvent cette opération et ayant le bonheur de ne pas connaître l'anatomie, et par conséquent de ne pas avoir peur, je ne me suis jamais occupé ni de vaisseaux, ni de ganglions et ai toujours parfaitement réussi.

M. Quénu. Je partage les idées de M. Richelot, sur les avantages de la laryngotomie intercricothyroïdienne. Cependant, comme M. Tuffier, je fais une réserve pour les cancers. Dans ces cas, je préfère la trachéotomie, que je pratique toujours de préférence.

M. Richelot. Au sujet de quelques points d'anatomie, je dirai que l'espace intercricothyroïdien suffit à peu près toujours, sinon toujours, pour passer la canule. Dès le début, le croyant trop étroit, j'ai sectionné le cricoïde. Aujourd'hui, je ne le fais plus, et je me contente de défléchir la tête ou de soulever le cartilage, en ayant recours, par exemple, au crochet dont parlait M. Pozzi.

Les débridements latéraux, que j'ai faits également, sont inutiles et la canule entre sans qu'on les pratique.

En résumé, le procédé, très simple, que j'ai indiqué, est préférable à tous les autres plus compliqués, qui exigent l'assistance d'un aide et l'emploi d'écarteurs.

M. Picqué présente une malade âgée, atteinte d'un **kyste dermoïde du plancher de la bouche**, du volume d'un gros œuf. Quand la malade ouvre la bouche, la tumeur sort aussitôt.

M. Thiéry présente un malade atteint d'**actinomycose de la joue**. F. JAYLE.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

24 Avril 1896.

Cancer de l'ampoule de Water. — **M. Hanot.** Le cancer de l'ampoule de Water est excessivement rare : dans les observations déjà publiées, il est très difficile de pouvoir distinguer si, réellement, il est question d'un cancer primitif de l'ampoule de Water, ou d'un cancer du pancréas ayant envahi secondairement la paroi intestinale.

Je crois donc utile de rapporter le cas que je viens d'observer, cas typique d'un cancer primitif de l'ampoule de Water.

L'histoire clinique du malade peut se résumer en quelques mots : ictere par obstruction chronique du cholédoque. En ces circonstances, le diagnostic de la cause est toujours délicat ; par élimination, j'arrivais à penser qu'il s'agissait d'un cancer de la tête du pancréas. Cependant, l'évolution de la maladie fut longue, le malade resta deux ans dans mon service ; il n'y eut pas de propagation cancéreuse aux organes voisins : ganglions lymphatiques, foie.

Ces faits ne cadrent pas avec ce que nous connaissons de la symptomatologie du cancer de la tête du pancréas ; cependant Bard et Pic ont cité quelques exemples.

L'autopsie vint infirmer mon diagnostic : il s'agissait d'un cancer de l'ampoule de Water, avec intégrité complète du pancréas, intégrité démontrée par l'examen macroscopique et microscopique. Le foie présentait tous les caractères du gros foie par rétention biliaire ; la vésicule était dilatée, remplie de bile incolore. La rate, volumineuse, s'était hypertrophiée, probablement par infection secondaire.

L'examen histologique démontra que ce cancer était un **épithélioma cylindrique tubulé**.

Bard et Pic pensent que, dans ces circonstances, il s'agit d'un cancer des voies excrétoires du pancréas.

Je penserais plus volontiers qu'il s'agit d'un cancer d'origine intestinale.

M. Rendu. Il faut, en effet, distinguer formellement le cancer de la tête du pancréas du cancer de l'ampoule de Water. Le premier a une évolution beaucoup plus rapide, se généralise toujours aux ganglions lymphatiques et au foie. Le second est un cancer de provenance intestinale, et, comme tel, a une évolution beaucoup plus lente, et se généralise très rarement.

Diphthérie légère du pharynx : croup avec spasme phréno-glottique. Tubage. Injection en deux fois de 25 centimètres cubes de sérum antidiphthérique. Mort en quarante-huit heures avec hyperthermie inexplicable par les lésions constatées à l'autopsie. — **M. Variot.** La mort avec hyperthermie se produisant rapidement après le tubage et les injections de sérum, n'est pas rare. J'ai relevé dernièrement une quinzaine d'observations analogues à la suivante. Un enfant est atteint d'une diphthérie plus ou moins intense propagée aux voies aériennes. La température au moment de l'entrée est normale ou ne dépasse guère 38 degrés. L'enfant reçoit une injection de sérum, et il est tubé plus ou moins vite suivant les circonstances. Dès le soir de l'entrée ou le lendemain, la température monte à 40 degrés et au delà, et, en quarante-huit heures ou trois jours, la mort survient, bien que l'obstacle au passage de l'air soit parfaitement levé par le tube.

Très habituellement, à l'autopsie, on constate des membranes plus ou moins étendues, et, en même temps, des lésions broncho-pulmonaires diffuses, avec ou sans foyers.

Cependant, j'ai fait aussi quelques autopsies dans lesquelles les membranes étaient très circonscrites, et les lésions des poumons, réduites à quelques foyers hémorragiques récents, étaient très limitées.

Dans ces circonstances, je n'hésite pas à attribuer la mort avec hyperthermie aux lésions broncho-pulmonaires.

Mais je viens d'observer un cas d'une interprétation plus difficile encore. Il s'agit d'un enfant tubé, mort avec une hyperthermie qui n'a pas duré plus de vingt-quatre heures, et, chez lequel les lésions pulmonaires ne peuvent pas nous donner une explication de la terminaison fatale.

Ni la diphthérie circonscrite et légère du pharynx, ni le tubage qui a été effectué dans de bonnes conditions, ne me paraissent capables d'expliquer cette hyperthermie mortelle. La diphthérie, à elle seule, n'est pas une maladie hyperthermante ; le tubage bien fait, sans obstruction du tube, ne produit pas de semblables effets.

Nous savons que certains échantillons de sérum, peut-être altérés, contiennent des substances hyperthermantes. En l'absence de lésions organiques suffisantes, sommes-nous en droit d'attribuer au sérum l'hyperthermie qui a été suivie de mort chez cet enfant ? Il est bien difficile d'être absolument affirmatif, puisque nous n'avons aucun moyen précis de retrouver dans l'organisme les substances toxiques qui peuvent exister dans le sérum. Cette observation ne permet donc pas de tirer des conclusions rigoureuses ; mais, cependant, la cause de la mort nous échappe, si nous n'attribuons pas l'hyperthermie au sérum.

Aussi, je me crois autorisé à répéter que ce précieux remède contre la diphthérie doit être manié prudemment, et les connaissances nouvelles que nous avons me confirment dans l'opinion que le sérum ne doit pas être employé comme vaccin préventif.

M. Sevestre. On ne peut tirer de conclusion de l'observation présentée par M. Variot, et surtout, on ne peut démontrer que la mort soit imputable au sérum. Il paraît y avoir eu empoisonnement, mais, faut-il incriminer la médication ; ne faudrait-il pas, au contraire, penser à toute autre cause, une alimentation vicieuse, par exemple ?

En tous cas, il faut répéter que cette mort exceptionnelle ne peut être la conséquence d'une injection de sérum, puisque, sur la quantité considérable d'injections déjà effectuées, aucun cas de cette nature ne fut signalé.

Anacrotisme du poulx. — **M. Potain.** Dans la dernière séance, M. Huchard attirait l'attention sur un phénomène particulier : l'anacrotisme du poulx. Il est nécessaire de définir ce que l'on entend par ces mots. Plusieurs auteurs pensent que l'anacrotisme est caractérisé par la présence de deux soulèvements successifs, apparaissant dans le stade ascendant du tracé sphygmographique. Or, ce fait n'est pas rigoureusement exact. La double pulsation peut se produire pendant le stade horizontal, et même pendant le stade descendant de ce même tracé ; dans ce dernier cas, le tracé représente la forme normale du poulx de Corrigan.

Le siège du double crochet ne saurait donc suffire à définir l'anacrotisme du poulx. Il est cependant un fait certain, c'est que la double pulsation se produit à une période rapprochée du début de la diastole artérielle, bien avant le diastolisme normal. Il faut donc substituer au mot anacrotisme du poulx, le mot plus expressif de **dicrotisme initial**.

Ce phénomène se rencontre dans de nombreuses circonstances ; il peut exister à l'état normal, je l'ai rencontré chez de jeunes soldats, indemnes de toute affec-

tion. Ce dicrotisme initial s'observe, en outre, dans des affections disparates : maladies de cœur, colique de plomb, etc.

Les conditions qui sont favorables ou défavorables à sa production sont, en effet, complexes : les unes tiennent au cœur, les autres aux artères, la dernière à l'état de la circulation périphérique.

Ce dicrotisme initial est produit, en somme, par la pénétration dans le système artériel d'une onde sanguine un peu volumineuse et par une réaction particulière des parois artérielles.

Dans ces conditions, il est facile de comprendre que les causes productives soient multiples et qu'il est par conséquent impossible de tirer, de ce dicrotisme initial, des conclusions sémiologiques précises.

E. DE MASSARY.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

24 Avril 1896.

Limite plastique. — **M. de Guy** rapporte l'histoire d'un malade, chez lequel on avait primitivement diagnostiqué rétrécissement de l'œsophage ; le cathétérisme fit éliminer cette hypothèse. On se rallia, ensuite, au diagnostic de faux cancer de l'estomac. L'autopsie montra un estomac rétréci, avec hypertrophie uniforme des parois.

M. Cornil pense qu'il s'agit d'un cancer en nappe, car, en raclant la paroi, on fait sortir du suc.

Endocardite infectieuse. — **M. de Guy** rapporte l'histoire d'une femme présentant une salpingite et un kyste de l'ovaire suppurés. On constata, ensuite, les symptômes d'une endocardite infectieuse.

A l'autopsie, on trouva, sur les valves mitrales, deux grosses végétations. Des cultures faites avec des morceaux de ces végétations ne donnèrent aucun résultat.

Actinomycose. — **M. Thiéry** rapporte l'histoire d'un malade, qui n'a présenté aucun phénomène morbide, jusqu'en Septembre 1895. A cette époque, survint une tuméfaction de la région temporale, ressemblant à un adéno-phlegmon dentaire chronique, mais les dents enlevées n'ont pas amené d'amélioration.

M. Thiéry pensa à l'actinomycose. Une incision faite au niveau d'un point fluctuant, montra les grains jaunes caractéristiques. Le traitement ioduré amena une amélioration rapide et très notable.

M. Bezançon rappelle que tout récemment, avec M. Chantemesse, il a isolé de l'intestin d'une perruche saine, un parasite ayant tous les caractères morphologiques et biologiques de l'actinomycète. Les grains, dans ce cas, avaient dû servir à l'apport du parasite dans l'intestin.

Le fait est intéressant, parce qu'il montre le rôle que peuvent jouer les oiseaux, et, en particulier, certains oiseaux domestiques, dans la transmission de l'actinomycose.

Compression de la tibia antérieure, par fracture du péroné. — **M. Vouzelle** communique l'observation d'un individu qui, à la suite d'une fracture du tibia et du péroné, présenta des phénomènes de gangrène à la jambe et au pied. On fit l'amputation de la cuisse, et, à l'autopsie, on trouva que la tibia antérieure était comprimée par le fragment du péroné.

Tuberculose diffuse. — **M. Gouget** présente les pièces d'un malade, de dix-neuf ans, mort de tuberculose aiguë, à manifestations méningées prédominantes. Ce malade avait eu une pleuro-pneumonie cinq ans avant. A l'autopsie, on trouva des granulations sur la pie-mère, avec un exsudat louche, prédominant sur la face externe de l'hémisphère droit.

Sur ce même hémisphère existait une infiltration hémorragique de la paroi externe du ventricule latéral, au niveau de la corne antérieure, et un ramollissement diffus le long de la corne postérieure du même ventricule.

Les deux poumons sont criblés de granulations tuberculeuses. Le poumon gauche présente, en outre, une petite caverne, à son sommet. Au-dessous de la bifurcation de la trachée, ganglion caséux. Suppuration limitée au centre du corps de la 5^e vertèbre dorsale, double abcès par congestion. Granulations et même blocs caséux dans les reins. Infiltration tuberculeuse de la partie inférieure de l'uretère droit. Plusieurs ulcérations tuberculeuses dans la vessie. Foie parsemé de tubercules, à centre verdâtre ; systématisation biliaire.

Diverticules multiples du gros intestin. — **M. G. Durante** apporte les coupes histologiques relatives aux diverticules intestinaux qu'il avait présentés antérieurement.

Ces diverticules sont constitués par une hernie de la muqueuse et de la tunique musculaire circulaire, à travers la tunique musculaire longitudinale. Au niveau de ces diverticules, la muqueuse et la musculature sont atrophiées ; toutefois, les glandes sont conservées.

Le nombre de ces diverticules et l'étroitesse du conduit qui réunit leur cavité à celle de l'intestin montre que cette disposition sera peut-être la cause d'une forme spéciale de constipation chronique, à laquelle il sera difficile de remédier et qui pourrait être cause d'accidents.

Poche calculuse du canal cystique. — **M. G. Durante** montre les coupes d'une pièce présentée antérieurement.

Il s'agissait, non pas d'une incrustation des parois du anal cystique, mais d'une dilatation kystique de ce anal renfermant des calculs de cholestérine. Ceux-ci avaient déterminé aucun symptôme pathologique, ni oïques, ni ictère, la bile continuant à filtrer entre les calculs.

Un cas d'hémimélie. — MM. Desfosses et Chaillous présentent une pièce anatomique, provenant d'une petite fille opérée dans le service de M. Brun aux Enfants-malades. Le membre inférieur droit n'était représenté que par une cuisse parfaitement développée, mais terminée par une sorte de pied réduit à deux orteils et appendu à la partie postérieure de l'extrémité terminale du moignon. On sentait très nettement sous la peau, les conyles fémoraux. L'appendice fut enlevé et la dissection permit d'y constater un faisceau musculaire, des filets nerveux, des os : les os des phalanges du métatarse et les deux orteils sont au complet et les os du tarse rudimentaires. Ce cas semble difficilement explicable par la théorie de Mathias-Duval, qui prétend que, dans les cas d'hémimélie, il s'agit d'amputation congénitale et que les doigts rudimentaires, que l'on observe à la surface du moignon, sont le fait d'une régénération analogue à la régénération que l'on observe chez certains animaux inférieurs.

Malformations congénitales. — M. Rudaux montre un fœtus à anomalies multiples. Il y avait imperforation de la cavité buccale, ouverture de l'œsophage dans la rachée et vice de conformation du foie.

Appendicite. — M. Baudoin communique l'observation d'un individu, ayant présenté plusieurs crises de coliques appendiculaires et opéré par M. Pozzi. L'appendice était accolé au cæcum et très adhérent. Il était sphacélé, ulcéré et présentait, dans son intérieur, des streptocoques pyogènes en grande quantité.

Fibro-myome de l'utérus. — MM. Marien et Leguen montrent des coupes de fibro-myomes utérins. Il en existait trois : l'un faisant saillie dans la cavité utérine, les deux autres, plus loin, en plein tissu utérin. MM. Leguen et Marien tirent de l'examen de ces coupes, des rapports de causalité entre la lésion inflammatoire de la muqueuse et l'existence des fibromes pariétaux.

R. MARIE.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

22 Avril 1896.

M. le Secrétaire général lit l'éloge de M. Constantin Paul, ancien président et l'un des fondateurs de la Société.

M. le Président lève ensuite la séance en signe de deuil.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE

22 Avril 1896.

Travail industriel des femmes avant et après leurs couches. — M. Pinard, à propos du travail communiqué par M. Napias, dans la séance de Février, insiste sur la nécessité d'assurer aux femmes en couches un repos complet pendant un temps prolongé. Dans les trois mois qui suivent l'accouchement, la femme est et doit être considérée comme une blessée; ses organes abdominaux en voie de régression sont essentiellement fragiles.

D'autre part, les recherches exposées par lui au sujet de l'influence exercée par le repos sur le produit de la conception, le conduisent à admettre l'utilité absolue de la suspension du travail dans le neuvième mois de la grossesse. La seule difficulté se trouve, en réalité, dans l'organisation des secours permettant aux femmes ce repos si nécessaire.

La loi ne peut, en effet, inscrire l'obligation au repos, sans comprendre en même temps des dispositions financières rendant possible toute cessation de travail à l'usine.

M. Napias cite comme exemple à suivre, les industriels d'Héricourt, qui accordent un secours journalier de 1 fr. 50 pendant six semaines aux femmes qui nourrissent, et pendant quatre semaines aux femmes qui ne nourrissent pas.

Appareil de cabinets d'aisance pour ateliers. — M. Mamy communique à la Société le résultat d'un concours ouvert par l'Association des industriels de France, pour le choix d'appareils de cabinets d'aisance destinés aux ouvriers des usines. Les deux modèles récompensés sont tous deux sur le type des earth-closets anglais. Dans les deux modèles, les sièges sont disposés pour que l'ouvrier soit forcé de s'asseoir sur le siège d'une part et qu'après chaque évacuation, il se produise dans la cuvette une projection d'une petite quantité de tourbe. Les matières mélangées à la tourbe peuvent ensuite être enlevées et utilisées par l'agriculture.

L'approbation donnée à ses appareils par la Société des industriels soulève une violente protestation de nos hygiénistes : Napias, Trélat, Martin.

Pour ces défenseurs nés du tout-à-l'égout, on ne saurait admettre d'autres appareils, que ceux munis d'un obturateur syphoïde et par suite branchés sur une canalisation complète permettant l'apport de l'eau et l'enlèvement immédiat des matières usées. M. Périsset a beau faire remarquer qu'il est loin de blâmer les appareils avec chasse d'eau, qu'il leur donne même la préférence, mais que, dans beaucoup d'usines rurales, l'eau peut manquer et surtout le tout-à-l'égout être impossible et que dans ce cas, un earth-closet bien compris est encore supérieur aux latrines à la turque ordinaires que l'on rencontre partout. M. Trélat refuse d'admettre ces appareils; le tout-à-l'égout doit être la règle, même quand dans 97 pour 100 des cas il est inapplicable. Cette discussion a une importance réelle, puisque la loi sur l'hygiène industrielle vise précisément l'organisation des latrines dans les usines et que nombre d'industriels se trouvent dans l'impossibilité d'effectuer les mesures prescrites.

Otite chez les enfants du premier âge. — M. Martha rapporte le cas d'un enfant en bas âge, chez lequel il a observé une otite suppurée. Ces cas sont assez fréquents, et il faudrait expliquer leur fréquence par une contamination du conduit auditif à la suite de la pénétration du lait, rendu par régurgitation et gagnant l'oreille, quand l'enfant est couché. Les lavages antiseptiques, au besoin l'occlusion du trou auditif par un tampon de ouate, permettent d'éviter ces accidents, qui, mal soignés, peuvent entraîner la perforation de la membrane du tympan.

P. LANGLOIS.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ELECTROTHERAPIE

16 Avril 1896.

Note sur un cas d'impuissance virile traité par l'électricité. — M. Apostoli, prenant texte de la très intéressante observation d'un cas très invétéré, datant de dix années, d'impuissance virile qui a été heureusement guéri par le courant faradique, formule à ce sujet les conclusions sommaires suivantes :

1° Tout cas d'impuissance virile ne doit généralement pas être réputé incurable avant d'avoir été soumis préalablement à un traitement électrique approprié et suffisamment prolongé;

2° Malgré la variété des sources, de la genèse et de la symptomatologie de l'impuissance génitale, le traitement le plus rationnel et le plus efficace qui me paraît devoir s'adresser au plus grand nombre des cas est le traitement électrique;

3° Des diverses modalités électriques, c'est l'application du courant alternatif, localisé dans le rectum ou le canal de l'urèthre, qui me paraît devoir procurer les bénéfices les plus constants dans le traitement de l'impuissance;

4° Les séances devront être, autant que possible, quotidiennes, d'une durée de cinq à dix minutes, administrées sans interruption pendant une période de un à trois mois, si elle est nécessaire;

5° La localisation du courant devra être le plus près possible de la prostate soit dans le canal de l'urèthre, soit dans le rectum, et la dose maxima sera réglée par la tolérance individuelle des malades, qu'il ne faudra jamais dépasser pour ne pas fatiguer inutilement le système nerveux.

Production et utilisation thérapeutique des courants de haute fréquence. — M. Gaiffe présente divers appareils, dont les principaux sont : un trembleur rapide pour bobines de Ruhmkorff, des ampèremètres et voltmètres pour haute fréquence et le résonateur de M. Audin.

Le trembleur, système d'Arsonval-Gaiffe, est caractérisé par un moteur qui déplace continuellement un des platines par rapport à l'autre. Le résultat de cette modification est l'usage régulier des platines et la marche assurée pendant plusieurs heures au besoin, alors que les trembleurs ordinaires doivent être réglés et retouchés souvent.

Un des appareils de mesure « Galvanomètre Universel » donne à simple lecture les milliampères et volts efficaces. C'est un instrument thermique dans lequel on a pris toutes les précautions pour éviter les causes d'erreurs particulières à la haute fréquence.

L'autre est un ampèremètre électrodynamique de forme spéciale qui peut, à l'inverse du précédent, mesurer de grandes intensités.

Le résonateur de M. Audin est un solénoïde qui, relié par une seule de ses extrémités à un circuit de haute fréquence et accordé comme période avec lui, est parcouru par un courant sous un potentiel beaucoup plus élevé que celui de la source, et donne à son extrémité libre des aigrettes dans l'air, comme une machine statique.

MM. Gaiffe, en étudiant le phénomène au point de vue physique, ont étendu le champ des conditions de résonance et montrent à la Société de nombreuses expériences.

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE DE FRANCE

Quatrième Session, tenue, à Paris, du 9 au 11 Avril 1896.

11 avril (matin et soir).

Recherches expérimentales à propos de l'ischio-pubiotomie. — M. Budin. En décembre 1892, M. Farabeuf, dans un mémoire, a exposé « que l'ischio-pubiotomie, faite du côté rétréci ankylosé dans le bassin oblique ovalaire de Nægelé, se présente comme le procédé de choix pour agrandir d'une quantité considérable le détroit supérieur à l'excavation dans ce bassin. » J'ai fait quelques expériences à ce sujet, en me servant, pour mes expériences, de bassins de Nægelé, moulés en fonte. Je pouvais agrandir, à volonté, ces bassins par la symphyséotomie et par l'ischio-pubiotomie. Or, dans ces bassins obliques ovalaires, la symphyséotomie permet l'augmentation des grands diamètres obliques du bassin; elle ne détermine aucune augmentation des petits diamètres obliques. Sur ces mêmes bassins, j'ai pratiqué alors l'ischio-pubiotomie; celle-ci permet, à la fois, l'agrandissement des grands diamètres obliques et celui des petits diamètres obliques; mais l'agrandissement de ces petits diamètres obliques ne permet pas, à ceux-ci d'atteindre les dimensions des grands diamètres obliques. On n'a donc aucun avantage à placer le diamètre occipito-frontal de la tête, en rapport avec le petit diamètre oblique agrandi par l'ischio-pubiotomie.

D'ailleurs, l'ischio-pubiotomie n'agrandit en rien le diamètre du détroit moyen et du détroit inférieur, beaucoup diminués dans le bassin oblique de Nægelé; la section osseuse, en effet, passe en avant de l'épine sciatique et de l'ischion. Or, dans le bassin de Nægelé, la tête, ayant franchi le détroit supérieur, est arrêtée par le rapprochement considérable des épines sciatiques et des tubérosités ischiatiques.

Si je suis arrivé à des résultats opposés à ceux de M. Farabeuf, c'est que ce dernier auteur ne s'est sans doute pas placé dans les mêmes conditions que moi. Le bassin sur lequel il a expérimenté, n'était sans doute pas un vrai bassin de Nægelé. Je suis d'avis que, dans le bassin de Nægelé, l'ischio-pubiotomie ne doit pas être préférée à la symphyséotomie opératoire, moins difficile et moins dangereuse.

Opération césarienne chez une femme rachitique à bassin vicie à forme double oblique ovalaire. — M. Maygrier rapporte l'observation d'une opération césarienne qu'il a pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant, chez une femme rachitique, qui présentait un bassin rétréci, dans le sens transversal et de haut en bas, lui donnant les apparences d'un bassin de Robert. Mais il n'y avait pas absence des ailerons du sacrum. L'accouchement était impossible par la voie naturelle. L'opération fut pratiquée à la fin de la grossesse, avant le début du travail. L'enfant extrait pesait 3 kilogrammes 570. Les suites de couches furent absolument normales. La femme allaite dès les premiers jours après l'accouchement.

Sur les bruits de souffle d'origine fœtale. — M. Fochier divise les bruits de souffle d'origine cardiaque qu'on peut entendre à l'auscultation du fœtus pendant la grossesse, dans les catégories suivantes : 1° Souffles cardiaques dus à des endocardites fœtales. Cette endocardite fœtale est un processus inflammatoire des tout premiers temps de la vie. J'ai pu observer cette endocardite fœtale successivement chez plusieurs enfants provenant de la même mère. De ces bruits de souffle tenant à des lésions valvulaires ou à des malformations permanentes du cœur (persistance du trou de Botol ou du canal artériel), il faut rapprocher les bruits de souffles cardiaques provisoires qu'on entend pendant la grossesse, mais qui disparaissent chez le nouveau-né après la première inspiration;

2° Souffles fœtaux extracardiaques. Ces souffles peuvent être entendus pendant quelques jours, surtout au niveau de l'épaule. Ce sont des souffles légers, doux et fugaces. Je suppose qu'ils se produisent par ce fait, que l'épaule projetée en avant au moment de la contraction cardiaque vient presser sur les vaisseaux maternels, et détermine ainsi un rétrécissement passager donnant naissance à une veine fluide.

Des injections intra-veineuses de sérum artificiel à doses massives dans l'anémie suraiguë consécutive aux hémorragies puerpérales. — M. Maygrier. J'ai fait avec l'aide de mon interne, M. Le Damany, des injections intra-veineuses de sérum artificiel (formule de Hayem), à une femme apportée mourante dans mon service de Lariboisière. Il s'agissait d'une multipare épuisée par des hémorragies successives dues à une insertion vicieuse du placenta. Elle était décolorée et froide, presque sans pouls. Aucun des moyens habituels (chaleur, alcool, injections hypodermiques d'éther et de sérum, ligature des membres) n'ayant pu la remonter, on lui fit une première injection intra-veineuse de deux litres de sérum. Immédiatement, le pouls reparut, la face se colora et une sorte de résurrection s'opéra sous nos yeux.

L'accouchement eut lieu; mais, aussitôt, une heure et demie environ après l'injection, le collapsus reparut et la mort redevint imminente. Nouvelle injection de deux

litres qui ranima encore la malade. Le soir, comme elle faiblissait de nouveau, on lui fait une troisième injection. Elle a donc reçu en tout six litres de sérum dans les veines. Après la dernière transfusion, la malade fut définitivement remontée, et depuis ce moment, elle n'eut plus aucun accident syncopal. Après quelques accidents puerpéraux légers, elle est sortie en très bon état de l'hôpital.

Les injections intra-veineuses de sérum artificiel n'exigent qu'un outillage très simple; un récipient contenant le sérum porté à 40 degrés, avec tube en caoutchouc et canule en verre effilée à la lampe, et terminée en bec de flûte. Après dénudation et ouverture de la veine, on y introduit l'extrémité de la canule en la tournant vers le cœur, et on laisse couler le liquide en maintenant le réservoir à une hauteur variable de 50 centimètres à 1 mètre. L'opération dure environ un quart d'heure. Les malades n'éprouvent aucun accident, et ressentent au contraire un bien-être immédiat.

Ces injections sont indiquées dans l'anémie aiguë post-hémorragique, alors que la mort est imminente et qu'il y a lieu d'agir vite. Elles doivent être faites d'emblée à la dose de 1 à 2 litres, et répétées plusieurs fois en cas de besoin; elles agissent instantanément et avec une puissance extrême.

Les inhalations d'oxygène sont un adjuvant d'une grande utilité.

Aucune femme ne devrait mourir d'hémorragie, sans qu'on ait tenté de la sauver à l'aide d'une injection d'une grande quantité de sérum dans les veines.

De l'aération des couveuses par une prise d'air extérieur. — M. Fochier rapporte qu'il a obtenu d'excellents résultats avec des couveuses à thermo-siphon dans lesquelles l'air est puisé à l'extérieur. De cette façon, l'air est plus pur que s'il était pris dans la salle même. De plus, la température dans ces couveuses est plus constante que dans les couveuses ordinaires.

M. Budin. J'ai expérimenté aussi ces couveuses métalliques. L'idée de prendre l'air extérieur me semble excellente. Mais ces couveuses présentent un certain nombre d'inconvénients: il faut les placer dans une salle spéciale loin de la surveillance des mères des enfants; la température n'y est pas toujours très constante, car elles sont chauffées au gaz et la pression de ce dernier se modifie souvent dans les grandes villes. Enfin ces couveuses sont d'un prix élevé; et elles ne permettent pas de voir bien l'enfant. Je me sers aujourd'hui de couveuses en verre, dont la partie inférieure est en bois.

M. Hergott (Nancy) a installé dans ses couveuses des appareils électriques qui indiquent au moyen de sonneries spéciales les variations trop considérables de la température.

Rupture des symphises pendant l'accouchement. — M. Chavane relate une observation rare ayant trait à la rupture des symphises pendant l'accouchement. Il s'agit d'une bipare, ayant un bassin légèrement rétréci. Le travail est lent, la femme s'épuise, la tête est arrêtée en DT. M. Chavane fait une application de forceps oblique. Pendant les tractions qui sont cependant modérées, il se produit tout d'un coup un craquement, et on constate alors que les pubis sont écartés de 3 centimètres. Il s'était fait une rupture de la symphyse. On place une ceinture large autour du corps. Les suites de couches sont simples, et le vingt et unième jour la malade peut se lever. Mais l'articulation sacro-iliaque droite reste douloureuse. L'enfant est venu en excellent état.

Les syncopes et les lipothymies de la grossesse et de la délivrance. — M. Stapfer (Paris). Il y a deux sortes d'états syncopaux: la syncope avec diastole du cœur, — la plus fréquente suivant les auteurs, la plus rare suivant moi, — et la syncope avec systole ou tendance systolique du cœur, qui se voit après les traumatismes, les grandes hémorragies.

J'ai pu saisir sur le fait ces deux variétés de syncope par de nombreuses expériences sur les grenouilles. Les tapotements de la masse intestinale (expérience de Goltz) chez ces animaux produisent une paralysie vasomotrice des vaisseaux mésentériques avec, comme conséquence, une accumulation énorme de sang dans presque tout le territoire abdominal. Il en résulte des troubles d'aspect syncopal avec systole du cœur.

Je crois qu'il est possible d'assimiler cet état aux états observés chez les femmes accouchées ou enceintes où l'on a des collapsus sans hémorragie extérieure apparente. On peut peut-être attribuer des menaces de syncopes en systole, qui se produisent aussi à la paralysie du vaste territoire vasculaire mésentérique gorgé de sang. Pour faire cesser cette paralysie vasomotrice, j'ai pensé qu'il pouvait être utile de masser la masse intestinale, dans les cas où il se produit des tendances à la syncope pendant l'accouchement.

M. Keiffer (Bruxelles). Je partage le sentiment de M. Stapfer, mais malheureusement nous ignorons encore la physiologie des vaso-moteurs de l'utérus.

Après une hémorragie, il se produit des phénomènes d'inhibition qui empêchent l'utérus de recouvrer sa rétractilité indispensable pour l'hémostase.

Une excitation convenablement dirigée permettrait à la fibre musculaire de l'utérus de réagir, qu'on s'adresse à la moelle lombaire, par action réflexe ou par excitation directe.

Fièvre puerpérale et sérothérapie. — M. Charpentier. J'ai pu réunir 40 observations de sérothérapie dans la fièvre puerpérale. Dans ces observations, on a employé les deux sérums antistreptococciques obtenus au commencement de l'année 1895, soit celui de MM. Roger et Charrin, soit celui de M. Marmorek.

Ces observations ont donné 22 guérisons, 17 morts et 1 résultat nul, c'est-à-dire une mortalité de 42,5 p. 100. Si l'on retranche 5 cas traités *in extremis* ainsi que le résultat nul, il reste encore une mortalité de 35,29 p. 100. Sur les 40 cas, il y a eu 25 fois examen bactériologique: 16 fois on a trouvé du streptococcus pur avec 9 guérisons et 7 morts, et 9 fois du streptococcus combiné avec du staphylococcus ou du bacterium coli, avec 4 morts et 5 guérisons.

Quant aux doses, elles ont beaucoup varié. Dans aucun cas, on ne s'est tenu exclusivement à l'usage du sérum antistreptococcique; on y a toujours associé l'emploi de la médication intra-utérine.

Ce sérum est-il inoffensif? Il s'est produit des urticaires, des érythèmes, du prurit et divers autres accidents nerveux plus ou moins inquiétants. Gaulard, dans un de ses cas, n'hésita pas à regarder le sérum comme responsable de la mort d'une malade.

Quant à l'efficacité du sérum, elle est contestée. Budin tend à nier l'utilité de ces injections. Elles ont donné quelques succès, mais que d'échecs elles ont fait éprouver! Aussi, devons-nous déclarer que cette méthode n'a pas encore fait ses preuves et n'a pas encore justifié les grandes espérances qu'au début elle avait fait concevoir.

M. Dubrisay rapporte l'observation d'une femme accouchée à la clinique de la rue d'Assas, le 25 Mars dernier, qui fut prise d'infection streptococcique et à laquelle le sérum de Marmorek fut injecté trente-deux heures après le début des accidents. Deux autres injections furent faites et finalement la malade guérit après bien des oscillations. Elle est maintenant en voie de convalescence. Il importe de noter que, vingt-quatre heures après la première injection, il se produisit une éruption d'apparence hydragryrique, bien qu'on se fût abstenu de tout traitement mercuriel. En outre, un abcès survint, là où on avait fait la piqûre. Enfin, après la dernière injection sous-cutanée, une crise de dyspnée éclata qui faillit emporter la malade; cette crise ne s'expliquait pas par un état pulmonaire concordant.

MM. Bar et Tissier. — Avant d'entrer dans les détails, fixons les termes dont nous allons nous servir:

Infection puerpérale, cela ne veut plus dire grand-chose aujourd'hui. Il importe, pour bien juger de la valeur des traitements que nous emploierons, de préciser la variété d'infection à laquelle nous nous adressons: le terme de streptococcie n'est pas forcément exact. Il est vrai que c'est le streptococcus que nous rencontrons d'ordinaire; mais souvent aussi, c'est autre chose: pneumococcus, bacterium coli, staphylococcus, etc.; et c'est, plus souvent que le streptococcus pur, le streptococcus associé à l'un ou à l'autre de ces microorganismes. Marmorek et Roux paraissent avoir admis, au moins momentanément, que leur sérum est efficace aussi bien contre le staphylococcus, le pneumococcus associés au streptococcus, que contre le streptococcus pur. Cela est important au point de vue de la thérapeutique générale: il se peut que le sérum soit efficace, non seulement à l'égard du microbe contre lequel il a été préparé, mais aussi, vis-à-vis des microbes qui s'y sont joints. L'opinion inverse a, toutefois, été soutenue, et l'on a pensé que le sérum, nuisible au bacille de Löffler, exaltait la virulence du streptococcus. C'est l'opinion exprimée par M. Sevestre, à la Société médicale des hôpitaux.

Ce sérum est assez différent, non pas seulement parce qu'il provient du mouton, de l'âne, du mulet ou du cheval. En résumé, le sérum n'est là que le véhicule. Quand il provient du mouton, il donne plus facilement lieu à des accidents toxiques; s'il dérive de l'âne, il est plus difficilement supporté. Mais, ce qui fait le sérum antistreptococcique, c'est autre chose, c'est la manière dont on l'a préparé. A Paris, nous avons le sérum préparé par M. Marmorek, et le sérum de MM. Charrin et Roger. J'ajouterai que nous avons eu aussi le sérum de M. Marchoux, préparé à l'aide de lapins immunisés contre le streptococcus. Nous en avons usé, à l'hôpital Saint-Louis, dès le mois de Septembre 1894, six mois avant que Charrin, Roger ou Marmorek eussent fait connaître leurs recherches. Mais ces sérums sont bien différents dans leur puissance immunisante, suivant le degré d'immunisation (susceptible d'être toujours accru) des animaux fournisseurs du sérum.

Nous nous sommes servis: 4 fois du sérum de Marchoux, 19 fois du sérum de Marmorek, 6 fois du sérum de Charrin et Roger. En outre, nous avons traité par le sérum de Marmorek, 2 cas d'érysipèle du nouveau-né, et 2 cas du même genre par le sérum de Roger.

Dans les 19 cas où nous avons employé le sérum de Marmorek, nous avons eu 10 morts et 9 guérisons. A la vérité, 3 femmes étaient à la dernière extrémité quand le traitement fut commencé; en bonne justice, on les doit déduire; il reste 16 cas. Si nous retranchons encore 2 cas, dans lesquels nous n'avons pas fait nous-mêmes l'examen bactériologique, et enfin, un troisième, dans lequel l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué du tout, il reste 13 cas avec 6 morts.

Ces 13 cas étaient-ils particulièrement mauvais? Il

n'en est rien. Il avait été établi à une certaine époque (en Mars et Avril 1895) que toutes les femmes qui nous viendraient atteintes d'infection grave seraient soumises au traitement par le sérum. Aucun choix parmi les malades n'a été fait.

Le sérum de Roger n'a servi que dans 6 cas. De ces 6 cas, si nous en éliminons 1 pour lequel l'examen bactériologique fut insuffisant, il reste 5 cas avec 4 morts.

Pourquoi ces échecs? Vraisemblablement ces sérums antistreptococciques n'ont pas le degré de puissance nécessaire pour nous servir. Ils agissent, nous dit-on, contre l'érysipèle, mais on ne peut pas comparer l'érysipèle et notre infection puerpérale streptococcique. Ce sont, il est vrai, deux affections à mêmes microbes, mais ceux-ci sont bien plus virulents chez les femmes que nous avons à soigner. Du reste, les érysipèles des nouveau-nés sont, eux aussi, infiniment graves.

Le sérum antistreptococcique, qui a donné de si beaux résultats dans l'érysipèle des adultes à l'hôpital d'Aubervilliers, est-il efficace contre l'érysipèle des nouveau-nés? Nous en avons traité 4 cas, par des injections aussi précoces que possible, et nous avons eu 4 morts.

Le sérum est, croyons-nous, insuffisant; il faut dire aussi que nous l'injectons beaucoup trop tard. M. Marmorek obtient des résultats excellents quand il immunise d'abord des animaux auxquels il inocule ensuite le streptococcus; mais les résultats sont moins sûrs quand, au lieu de faire des injections préventives, il donne son sérum pour lutter contre une infection à streptococcus déjà réalisée.

Si l'on tentait des injections antistreptococciques préventives chez des femmes susceptibles de présenter plus tard des accidents d'infection, peut-être aurait-on des succès? Il y a là des recherches intéressantes à poursuivre.

Mais, en procédant comme nous faisons, et comme nous sommes, à la vérité, forcés de le faire, nous arrivons sans doute trop tard avec nos injections antistreptococciques pour obtenir tous les bons effets désirables de l'intervention.

Il est un point sur lequel l'entente est loin d'être faite, et sur lequel nous différons absolument d'avis avec MM. Roux et Marmorek. Ces expérimentateurs affirment que le sérum antistreptococcique ne peut utilement agir si, en même temps qu'on l'administre, on continue de faire au infectées un traitement intra-utérin (injections, écouvillonnage, curetage, etc.). Nous nous sommes soumis, au début, à leurs injonctions, quelque dures qu'elles nous parussent; plus tard, constatant que l'état ne s'améliorait nullement et craignant d'assumer une responsabilité trop lourde, nous avons cru devoir nous y soustraire. Mais MM. Roux et Marmorek sont formels: ils ne mettent pas en doute que la cause de nos échecs est la continuation du traitement local, en même temps qu'on injecte sous la peau le sérum antistreptococcique. M. Marmorek recommande essentiellement, encore aujourd'hui, aux médecins qui lui demandent du sérum, de s'abstenir de toute autre espèce de traitement. L'un de nous en avait encore la preuve, il y a trois jours, appelé qu'il était en province auprès d'une femme mourante; celle-ci avait reçu du sérum depuis sept ou huit jours, mais n'avait plus eu, par ordre, d'injections utérines; or, elle mourait le soir de la visite.

Telles sont les raisons pour lesquelles on peut expliquer les insuccès si fréquents que le traitement par le sérum antistreptococcique nous a fait éprouver.

Il reste une dernière question bien préoccupante. Ce sérum ne nous a pas donné les bons résultats qu'on avait annoncés; dans les formes graves, toutes les femmes sont mortes; il n'y a eu de guérisons que chez des malades dont l'infection était relativement légère. Mais ce sérum est-il nuisible?

C'est une question difficile à résoudre. M. Sevestre estime que le sérum antidiptérique exagère les effets du streptococcus. M. Netter a noté les inconvénients de certaines injections antipneumococciques et de certaines injections antituberculeuses. Pourquoi n'admettrait-on pas qu'il pût être de même pour certaines injections antistreptococciques?

Il nous semble bien qu'en effet, il est la cause d'accidents. En effet, il provoque des érythèmes, soit immédiatement, soit le lendemain, ou même sept à huit jours après l'injection; plusieurs fois, il a donné lieu à des abcès dans les points où la piqûre avait été faite. De plus, avec le sérum de Marmorek, nous avons trouvé, au moins une fois, dans le pus de l'abcès, des chaînettes de streptococcus. Ce fait est important à signaler.

Ce ne sont, jusqu'ici, que des accidents bénins. Mais, une fois, à Saint-Louis, chez une femme dont l'observation a été publiée, après les injections de sérum Marmorek, la température est tombée progressivement à la normale; puis, la malade est entrée dans un état de langueur, de faiblesse, avec tendances syncopales, avec amaigrissement et anhélation, qui s'est terminé par la mort. On ne peut se permettre d'accuser le sérum; mais il faut dire qu'on ne voit jamais une infection puerpérale évoluer de la sorte. Encore une fois, nous n'osons pas incriminer le sérum, mais nous le soupçonnons, tout en sachant que les streptococcus peuvent avoir des allures bien bizarres et bien modifiées du fait des traitements. Avec le sérum de Roger, nous avons observé d'autres accidents de la dernière gravité qui, dans un cas, nous

ont fait penser, ainsi qu'à M. Hutinel, que la malade était perdue. Elle a pourtant pu échapper à la mort.

Pour nous résumer, nous devons dire que le sérum antistreptococcique, entre nos mains du moins, ne s'est jamais montré capable d'amener dans les cas graves une sédation rapide, comme on nous l'avait fait espérer. Ce qu'on nous avait annoncé dans le principe se trouve donc être excessif.

Est-ce à dire que les sérums soient inutiles ? Je ne le pense pas, au moins dans les cas légers.

Enfin, peuvent-ils causer des accidents ? Ayons le courage et la bonne foi de répondre que oui, et que ces accidents, ordinairement légers, peuvent devenir très graves.

Les promesses qui nous étaient faites ne se trouvant pas réalisées, espérons qu'elles le seront après de nouvelles recherches, car si le traitement que nous possédons déjà, le traitement antiseptique, si précieux quand il s'agit de prophylaxie, est des plus puissants comme traitement curatif, quand il est employé de bonne heure, il faut reconnaître qu'à un certain moment, lorsque l'infection est profonde et n'a pas été dans les premiers jours enrayée, nous sommes bien mal armés pour continuer la lutte, à la vérité même presque complètement désarmés.

M. Bué. Je ne vois pas mentionnée par MM. Bar et Tissier l'action, nuisible ou non, du sérum antistreptococcique sur le fonctionnement rénal. Sur quatre puerpérales soignées à Lille, j'ai vu, après le traitement par le sérum, deux d'entre elles devenir albuminuriques, et elles ne l'étaient pas auparavant.

M. Boissard. M. Bar signale les résultats qu'il a obtenus, peu favorables, dit-il, à la méthode de traitement par le sérum. Il est bien réservé : ses chiffres sont déplorables ; ils doivent nous mettre en défiance contre une médication qu'il faut considérer comme désastreuse, et il y aurait lieu de protester contre la diffusion de ce traitement, qui tend à faire renoncer à notre ancienne pratique, en définitive efficace et puissante.

M. Bar. C'est à dessein que nous n'avons pas parlé de l'action du sérum sur le rein. L'impression que nous avions conservée était que les injections de sérum avaient non pas occasionné mais augmenté l'albuminurie de nos infectées ; en relisant attentivement les observations prises séparément, au jour le jour, nous avons reconnu que toutes nos malades étaient albuminuriques dès l'apparition de l'infection et que l'albuminurie n'avait pas sensiblement augmenté par l'emploi du sérum.

Je répondrai à M. Boissard, en disant qu'il ne faut pas protester contre la sérothérapie, mais contre l'exclusionnisme de ses adeptes. La sérothérapie est sans doute la méthode de l'avenir. Car, il faut bien le dire, les moyens de traitement que nous possédons actuellement pour combattre certaines formes de l'infection puerpérale sont absolument inefficaces.

M. Budin. Avec MM. Boissard et Bar je proteste contre cette opinion de M. Marmorek qu'il faut proscrire tout traitement local dans la fièvre puerpérale, du moment que l'on fait les injections de sérum. Jusqu'au moment où l'on nous aura livré un sérum curatif absolument éprouvé, je continuerai de faire le traitement local intra-utérin habituel.

Nouveaux résultats de la palpation de l'épaule. — M. Fabre (de Lyon). J'ai cherché, au moyen de la palpation de l'épaule, quels sont les déplacements du fœtus pendant la grossesse et quelles lois président à ces déplacements. J'ai déterminé les 4 points suivants : 1° Rapports de l'épaule, suivant le degré de la descente fœtale ; 2° détermination de la position du fœtus suivant les rapports de l'épaule avec la paroi abdominale ; 3° déplacements du fœtus pendant la grossesse ; 4° déplacements du fœtus dans les bassins viciés.

L'épaule, épaule antérieure, est facile à reconnaître par le palper abdominal. L'épaule est plus facile à sentir chez la primipare que chez la multipare.

Sur 39 malades, 5 fois seulement le signe de l'épaule n'a pu être utilisé. L'épaule se reconnaît encore assez facilement par ce signe : c'est que le maximum des bruits fœtaux cardiaques siège à son niveau.

Grâce à la situation occupée par l'épaule, on se rend compte du degré d'engagement de la tête, de sa rotation et de l'inclinaison de cette tête.

Sur un fœtus normal, ayant la tête fléchie, comme dans l'utérus, la distance entre le sinciput et le diamètre bipariétal est de 5 centimètres ; la distance entre le diamètre bipariétal et le diamètre bisacromial parallèle est de 8 centimètres. Donc, si on trouve, par la mensuration qu'il y a, du sus-pubis à l'épaule, 13 centimètres, c'est que le sommet de la tête affleure le détroit supérieur ; s'il y a 8 centimètres, c'est que l'engagement se fait. Si l'épaule, dans la présentation du sommet, est à plus de 13 centimètres du pubis, l'engagement n'est pas commencé.

On dit, depuis Rivière, que la tête s'engageant, l'épaule antérieure se trouve du même côté que l'occiput. Mais, en vérité, le diamètre bisacromial est perpendiculaire au diamètre sagittal de la tête.

Donc, dans les positions antérieures, l'épaule est située près de la ligne médiane, ou même du côté opposé à l'occiput. Dans les positions postérieures, elle est à 10 centimètres, en moyenne, de la ligne médiane. Dans les transverses, elle se rapproche à mesure que la descente s'opère de 10 à 7 centimètres. On peut aussi, par

le palper de l'épaule, suivre le déplacement du fœtus pendant tout le temps de la grossesse. Sur la fin du 7^e mois, l'épaule est très souvent, sur la ligne médiane ou près d'elle, à 8 centimètres au-dessus du pubis. A partir du 8^e mois, l'épaule s'éloigne de la ligne médiane, et remonte, en même temps, de 15 à 16 centimètres du pubis. Alors, le fœtus, le plus souvent, est en position postérieure. Pendant le 9^e mois, l'épaule redescend régulièrement. C'est là la descente sus-pelvienne de l'épaule, pendant le 9^e mois de la grossesse.

La descente de la tête, pendant le 9^e mois, se fait différemment, à gauche et à droite. Presque toutes les gauches postérieures se transforment en gauches antérieures, la tête étant refoulée en avant par l'S iliaque rempli. Les droites postérieures, au contraire, conservent leur position. La descente sus-pelvienne est plus rapide chez les primipares. Chez les multipares, l'épaule est encore à 8 centimètres au début du travail.

Quand on a affaire à un bassin rétréci, on constate que la descente sus-pelvienne de la tête s'arrête dès que la tête arrive au détroit supérieur. A partir de ce moment, l'épaule peut remonter si le fœtus grossit.

Enfin, par la palpation de l'épaule, j'ai pu encore me rendre compte de la descente synclitique de la tête dans les bassins normaux.

Un cas d'éclampsie grave avec coma prolongé, compliquée d'hémiplégie grave. Guérison. —

M. Schvab (Paris) rapporte l'observation d'une femme de vingt et un ans, primipare, qui, vers le 5^e mois de sa grossesse, fut amenée dans le service de M. Maygrier, à Lariboisière, le 26 Novembre 1895, dans un état de coma complet. Cette femme avait présenté, pendant les trois jours précédents, une série de crises convulsives. Les urines renfermaient une grande quantité d'albumine. On fit le diagnostic de coma éclamptique. Le lendemain, le coma persistant, cette femme expulsa un œuf complet, renfermant un enfant macéré. Les jours suivants, la malade présente un aspect typhique, elle est atteinte de diarrhée profuse, et le coma persiste. La température est élevée, 39^o, 40^o, 3, le pouls petit. On prescrit des bains, à 22 degrés, qu'on donne toutes les trois heures, quand la température dépasse 39 degrés. Le 30 Novembre, quatre jours après l'entrée, l'intelligence de la malade se réveille, mais, fait important, il est impossible à la malade de faire un mouvement. On constate, cependant, que la paralysie, complète à droite, est moins prononcée du côté gauche. Il existe, de plus, une amnésie complète.

Les jours suivants, les mouvements reparaissent à gauche, mais une hémiplégie droite complète persiste, sans troubles de la sensibilité. A partir du 9 Décembre, l'hémiplégie disparaît peu à peu, et la guérison est complète dans les premiers jours de Février.

Cette observation est intéressante, d'abord par le diagnostic de coma éclamptique et par la durée de ce coma, ensuite par l'époque d'apparition de l'éclampsie, entre le quatrième mois et demi et le cinquième mois de la grossesse.

Les bains froids ont donné de bons résultats en présence de l'état typhique de la malade.

L'intérêt tout particulier de l'observation réside dans les troubles nerveux : coma persistant, hémiplégie droite consécutive, perte de la mémoire. Or, tous ces phénomènes ont disparu spontanément et rapidement, sans que l'hystérie puisse être mise en cause. Nous avons pensé à une hémorragie sous-méningée au niveau des centres psycho-moteurs, complication rare au cours de l'éclampsie, signalée cependant déjà par M^{me} La Chapelle, Baudeloque, Velpeau et Prestat, MM. Charpentier et Molas, et quelques autres.

De la dilatation artificielle du col à la fin de la grossesse ou pendant l'accouchement. —

M. Fochier. Pendant la grossesse on apprécie le degré de dilatabilité du col de l'utérus en se basant sur deux signes : le ramollissement du col et l'état du segment inférieur. Pour la recherche de la dilatabilité du col, il faut se servir du doigt en fixant le museau de tanche avec une pince-érigne.

Suivant l'état du col, les moyens employés pour la dilatation diffèrent. Avec un col effacé, souple, on fait la dilatation très rapide avec la main, en quelques minutes ; avec un col non effacé, résistant, ou un col rigide, on fera la dilatation rapide ou progressive en quelques heures avec les différents instruments en usage, dont le meilleur est le ballon de Champetier.

Dans les cas où le ballon de Champetier n'est pas applicable, placenta prævia, on lui substituera la main.

Un bon moyen aussi pour dilater le col, la tête étant fixée, et le col effacé, c'est d'appliquer les forceps. On tire alors d'une façon continue et lente. Si la tête ne peut être saisie avec les forceps, on insinue dans le col 2, 3 ou 4 doigts, puis on saisit un pied, et on dilate le col en attirant ce pied. Depuis l'introduction de la méthode antiseptique, on a rarement affaire à des cols rigides. Presque toujours on peut obtenir la dilatation progressive sans recourir aux incisions et sans risquer d'avoir des déchirures profondes. Néanmoins, il faut se rappeler que la dilatation brusque est une méthode de rupture et non de dilatation.

M. Boissard. La dilatation artificielle du col devrait être obtenue au moyen d'un instrument possédant trois qualités : la rapidité, la constance dans les résultats, l'innocuité pour la mère et l'enfant et nous ne possédons pas un instrument semblable. Nous sommes obligés

d'en employer successivement plusieurs. La dilatation manuelle donne d'excellents résultats.

M. Demelin. A titre de document, je présente 27 observations de dilatation rapide du col de l'utérus gravide recueillies soit en ville, soit à l'hôpital dans le service de M. le professeur Tarnier.

Comme l'a fait remarquer le professeur Fochier, il faut distinguer les cas où on a du temps devant soi, de ceux où on est obligé d'aller vite. Dans la première catégorie, l'agent dilateur est la contraction utérine elle-même ; dans la deuxième, on ouvre le col artificiellement, mécaniquement. Au lieu de 12, 18 ou 24 heures, la dilatation est obtenue en 1 à 2 heures.

Mais un premier point à établir, c'est que ces dilatations rapides ne sont légitimes, excusables, que lorsqu'il y a une menace de mort pour la mère ou pour l'enfant.

Dans mes 27 cas, les indications ont été les causes diverses de souffrance immédiate de l'enfant (providence et latérocidence du cordon, issue du méconium, modifications graves des battements du cœur, infections amniotiques, hémorragies par insertion vicieuse du placenta, éclampsie, congestion suraiguë des poumons par cardiopathie (1 cas).

Les moyens employés ont été : 1^o dilatation manuelle ; 2^o écarteur Tarnier ; 3^o ballon de Champetier ; 4^o l'extraction du fœtus, tête première (forceps ou basiotribe) et tête dernière (version suivie dans un cas de l'application du forceps sur la tête dernière).

Les résultats obtenus ont été les suivants :

Une femme est morte d'hémorragie cérébrale (vérifiée à l'autopsie) hémorragie qui a été l'indication de l'accouchement rapide effectué avec la main dans l'intérêt de l'enfant. Celui-ci survécut. Toutes les autres femmes ont guéri sans accident attribuable à la dilatation artificielle.

Sur 27 enfants, 14 seulement sont morts pendant ou après l'accouchement, parmi lesquels 2 morts dans l'utérus furent extraits par le basiotribe à travers le col rigide ; 3 autres avaient profondément souffert d'asphyxie consécutive à des troubles circulatoires ; 2 autres infectés dans l'utérus ; 3 autres nés de mères menacées par des hémorragies dues à une insertion vicieuse du placenta ; 1 dernier, né d'une éclampsie. Les 16 autres enfants ont survécu.

Il ne faudrait pas penser que nous proposons la seule dilatation rapide dans tous les cas de placenta prævia et surtout d'éclampsie. Ces accidents, pour être justiciables du moyen en question, doivent avoir une gravité immédiate comportant un danger sérieux actuellement existant et non pas seulement probable.

Dans nos observations, l'intervention a commencé tantôt alors que l'orifice du col avait l'étendue de la paume de la main, tantôt avant tout début de travail et d'effacement, avec tous les intermédiaires entre ces deux limites.

La durée de l'intervention, depuis son début jusqu'à la dilatation complète ou suffisante, a varié de 1 h. 1/2, chiffre maximum, à 10 minutes (minimum).

Les différences dans le temps et la difficulté tiennent naturellement à la résistance du col ; les résistances cervicales des primipares, surtout de celles âgées, les rigidités quelconques, constituent les obstacles les plus grands. Chaque procédé de dilatation artificielle paraît avoir ses indications propres, que l'avenir précisera.

La main est un très bon agent de dilatation ; elle exerce son action sur le col incomplètement dilaté avant une application de forceps, ou avant une version ; mais il faut savoir que la tête du fœtus à terme ne traversera pas toujours l'orifice, bien qu'il ait été franchi par la main tout entière. Les tractions qu'on doit exercer sur les forceps sont fort souvent dangereuses avec une ouverture cervicale insuffisante, et la tête venant dernière est fréquemment aussi arrêtée par le col.

Toute la question est dominée par les indications. La dilatation artificielle rapide du col ne peut être légitimée, excusée, que lorsque l'enfant ou la mère sont menacés de mort. On ne saurait tolérer d'indications relatives, et l'ouverture hâtive du col, imparfaitement motivée, doit être considérée comme coupable.

Les dangers sont grands, en effet, si l'on n'use pas de toute la modération nécessaire ; les enfants courent des risques sérieux dans les tentatives d'extraction prématurée, et les femmes sont exposées aux conséquences des déchirures du col et du segment inférieur.

Il est donc urgent de donner immédiatement la note restrictive et d'insister sur la rareté des cas où l'on est obligé de hâter la dilatation. Le médecin, pour être en droit d'intervenir dans ce sens, doit avoir la main forcée par une menace de mort pour la mère ou pour l'enfant. Encore est-il exigible que cette menace soit dûment constatée, car la dilatation artificielle rapide est capable de causer des désastres, si elle est imprudemment employée.

A. SCHWAB.

REVUE GÉNÉRALE DES SCIENCES pures et appliquées, paraissant le 15 et le 30 de chaque mois, par fascicules in-4, de 48 pages au moins, avec de nombreuses figures. Directeur : LOUIS OLIVIER. — Prix de l'abonnement annuel : Paris, 20 fr. ; Départements, 22 fr. ; Union postale, 25 fr. (GEORGES CARRÉ, éditeur, 3, rue Racine, Paris).

L'Éditeur-Gérant : GEORGES CARRÉ.

Paris. — Imprimerie L. MARETHEUX, 1, rue Cassette.

ELIXIR ALIMENTAIRE DUCRO

Les matières premières qui concourent à la préparation de cet Elixir sont : la viande crue, l'eau-de-vie et les écorces d'oranges amères. Aux malades qui ne peuvent vaincre leur répugnance pour les aliments, aux Phtisiques, aux Anémiques, aux Cancéreux, il rendit constamment.
à 8 cuillerées par jour selon les cas. — Paris, 20, place des Vosges et Pharmacies.

TUBERCULOSES

AFFECTIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SCROFULES, RACHITISME

SOLUTION PAUTAUBERGE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX CRÉOSOTÉ

Par cuillerée à potage, 10 centigrammes de créosote de hêtre et 50 centigr. de sel de chaux.
LA MIEUX TOLÉRÉE des PRÉPARATIONS CRÉOSOTÉES

Anticatarrhale et Antiseptique, elle tarit rapidement les sécrétions anormales des bronches et des poumons et cicatrise les lésions tuberculeuses.

Eupeptique et Reconstituante, elle relève promptement les fonctions de nutrition et l'état général.

L. PAUTAUBERGE, 22, rue Jules-César, Paris et Pharmacies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT ANTIDIPHTHÉRIQUE

CICATRISANT LES PLAIES

Admis dans les hôpitaux de Paris et de la Marine militaire française
PREUVE IRRÉCUSABLE DE SES QUALITÉS

Très efficace contre les Anthrax, Cancres, Gangrènes, Angines couenneuses, Pityriasis, Leucorrhée, Suites d'accouchements, etc.

SE DÉFIER DES IMITATIONS

Airol



Marque "GRIFFON"

Antiseptique interne et externe

à tous les avantages de l'Iodoforme sans en avoir les inconvénients.

L'AIROL n'est pas toxique et est inodore.
L'AIROL est un cicatrisant des plaies.
L'AIROL n'irrite pas les muqueuses.
L'AIROL est d'un emploi beaucoup moins dispendieux que l'Iodoforme. — EN VENTE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRE DE

STROPHANTUS

2 à 4 par jour produisent une diurèse rapide

relèvent le cœur affaibli, dissipent

ASYSTOLIE, DYSPNÉE, OPPRESSION, ŒDÈMES

Usage continu sans inconvénient ni intolérance.

EXIGER LA MARQUE. Paris, 3, Boul' St-Martin.

PEPTO-GAÏACOL JEANNON

Traitement de la TUBERCULOSE et des AFFECTIONS des VOIES RESPIRATOIRES

Antiseptique énergique, nutritif et reconstituant, sans saveur, n'irrite pas la muqueuse stomacale.

10 fois plus actif que la créosote sans en avoir les inconvénients.

DOSE : 2 à 5 cuillerées par jour.

5 fr. LE FLACON. — E. JEANNON, Ph^{ie} de 1^{re} classe, 24, Avenue Mac-Mahon, Paris.

DRAGÉES DE DUROZIEZ

AU PROTOXALATE DE FER

Chaque Dragée contient 10 centigrammes de Protoxalate de Fer. — Une à deux Dragées au début des deux principaux repas.

3 fr. LE FLACON

Pharmacie DUROZIEZ
58, Boulevard Saint-Michel, PARIS.

Glycérophosphates

Phosphate vital de Chaux

(Étiquettes roses)

- 1^o Sol^{ne} gazeuse
- 2^o Granulé
- 3^o Sirop

Phosphate vital de Fer

ou Fer vital

(Étiquettes vertes)

Ces préparations sont unibasiqes.

Phosphate vital de Soude

(Étiquettes jaunes)

- 1^o Sol^{ne} pr injections hypodermiques (en tubes)
- 2^o Granulé
- 3^o Sirop

PHOSPHATE

VITAL DE JACQUEMAIRE

Exiger le Nom de **Jacquemaire**

pour éviter les Contrefaçons et les Substitutions.

En FRANCE et à l'ÉTRANGER

VENTE AU DÉTAIL DANS TOUTES LES BONNES PHARMACIES

VENTE EN GROS CHEZ LES COMMISSIONNAIRES ET ROGUESTES

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1^{re} Classe, à VILLEFRANCHE (Rhône)

PHOSPHATE VITAL COMPOSÉ

(Réunion des Glycérophosphates de Chaux, Magnésie, Soude, Potasse et Fer)

Granulé composé

Sirop composé

Étiquettes bleues.

Dragées de Fer vital

Glyc. ph^{te} de Fer,
Rhubarbe,
Extrait de Quinquina.